SISTEMA DE CUIDADOS

Cuidados como Sistema

Propuesta para un modelo solidario y corresponsable de cuidados en Uruguay

mides
Ministerio de Desarrollo Social

DNPS
Dirección Nacional de Políticas Sociales

SISTEMA DE CUIDADOS

Cuidados como Sistema

Propuesta para un modelo solidario y corresponsable de cuidados en Uruguay

mides
Ministerio de Desarrollo Social

DNPS
Dirección Nacional de Políticas Sociales

Ministerio de Desarrollo Social

Daniel Olesker
MINISTRO

Lauro Meléndez
SUBSECRETARIO

Andrés Scagliola
DIRECTOR NACIONAL DE POLÍTICAS SOCIALES

EQUIPO TÉCNICO DE LA DIVISIÓN DE PROTECCIÓN SOCIAL
Patricia Cossani
Nicolás Thevenet
Santiago Núñez
María Sauval
Rafael Tejera
Maira Colacce

CONSULTORA CEPAL
Soledad Salvador

Agradecemos los valiosos aportes del Instituto Nacional del Adulto Mayor (DNPS-MIDES), la División de Perspectivas Transversales (DNPS-MIDES), la Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Políticas Sociales (DNPS-MIDES), la Unidad de Seguimiento de la ENIA (DNPS-MIDES), la Unidad de Políticas Públicas de Discapacidad (DNPS-MIDES) la Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo (MIDES), el Instituto Nacional de las Mujeres (MIDES), del Grupo de Trabajo del Sistema Nacional de Cuidados, así como de Nieves Rico, de la División de Desarrollo Social de CEPAL.

© Ministerio de Desarrollo Social
Montevideo, noviembre de 2014

18 de Julio 1453. Piso 8. Montevideo, Uruguay
Tel.: 2400 0302 interno 1250
politicassociales@mides.gub.uy

Este trabajo contó con el apoyo de la División de Desarrollo Social de la CEPAL y el proyecto “Pactos sociales para una protección social más inclusiva”, GIZ.

Lenguaje inclusivo: este informe utiliza el lenguaje masculino genérico en el entendido de que el mismo designa indistintamente a hombres y mujeres, evitando así la sobrecarga gramatical, sin que por ello deba interpretarse que se hace un uso sexista del lenguaje.

Diseño: **Unidad de Información y Comunicación**, Ministerio de Desarrollo Social

ISBN: 978-9974-715-30-1

Contenidos

Prólogo 7
Introducción 9

Capítulo 1. Pensar los cuidados
Definición de cuidados 11
Conceptualización de la población dependiente 12
¿Por qué una política de cuidados? 13
El camino recorrido 16
Los principios orientadores del Sistema Nacional de Cuidados. 17
Principales elementos del capítulo 19

Capítulo 2. Cómo cuidamos hoy
Introducción 21
Diagnóstico para la población infantil 21
Diagnóstico para las personas mayores en situación de dependencia 26
Diagnóstico para las personas con discapacidad en situación de dependencia 34
Diagnóstico de la población cuidadora. 43
Principales elementos del capítulo 49
Anexo estadístico 49

Capítulo 3. Cuidados en el territorio
Introducción 51
Características generales de la población 51
Características de los centros de cuidado 56
Miradas locales 63
Principales elementos del capítulo 64
Anexo estadístico 64
Anexo metodológico sobre el relevamiento de servicios 66

Capítulo 4. Formar para cuidar
Introducción 67
Objetivos 67
Punto de partida 67
Lineamientos generales 69
Propuestas de formación 71
Propuesta de diseño institucional 73
Acreditación de saberes 74
Principales elementos del capítulo 75
Anexo. Formación: contenido de los cursos propuestos 76

Capítulo 5. Qué servicios, para quiénes, en qué momento
Introducción 81
Propuestas de servicios de cuidado. Descripción y estrategia de implementación 81
Necesidades de inversión en infraestructura y recursos humanos. 88
Principales elementos del capítulo 91

Contenidos

Capítulo 6. Alternativas para financiar los cuidados
Introducción 93
El gasto en cuidados 93
Antecedentes 94
Opciones de financiamiento 99
Principales elementos del capítulo 102

Capítulo 7. Regulación e institucionalidad
Introducción 103
Situación actual 103
Propuesta de regulación de servicios 109
Regulación laboral 111
Consideraciones generales 112
Institucionalidad 113
Principales elementos del capítulo. 115
Anexos del capítulo 115

Capítulo 8. Efectos
Introducción 119
Calidad de vida 119
Equidad de género 121
Efectos en las empresas 129
Distribución del gasto 131
Principales elementos del capítulo 133

Reflexiones finales 135
Bibliografía 137
Glosario de abreviaturas y siglas 141

Prólogo

Daniel Olesker
MINISTRO DE DESARROLLO SOCIAL

El Sistema Nacional de Cuidados es una propuesta de carácter estructural que se inscribe dentro de la Reforma Social aprobada por este gobierno, a través de su Gabinete Social, en octubre de 2011.

La Reforma Social es una estrategia de mediano y largo plazo que asume el desafío de la construcción de una nueva matriz de protección social para ofrecer las respuestas integrales a los dilemas que la sociedad uruguaya enfrenta. Es una estrategia de desarrollo humano con igualdad social, pues se orienta al aumento de las opciones de todas y cada una de las personas, posibilitando que disfruten de vidas largas, saludables y creativas.

Los cinco pilares de la Reforma Social

Esta Reforma Social se sustenta en cinco pilares que la definen como incluyente y distributiva:

- **De cada quien según sus ingresos a cada quien según sus necesidades**.
- **Carácter universalista del acceso**.
- **Conducción del Estado**. Ha quedado más que demostrado, y el Uruguay de los 90 es un vivo ejemplo de ello, que el mercado no es bueno para generar inclusión social y acceso con justicia social a la política social. Solo el Estado puede garantizar universalidad, justicia social (nadie podría sino el Estado recaudar y luego gastar según prioridades) y accesibilidad. Cuando el mercado define el acceso, solo acceden los que pueden pagar.
- **Participación social**, a través de las organizaciones sociales (sindicatos, organizaciones de usuarios, organizaciones de mujeres, entre otras).
- **Incremento presupuestal para la política social**.

Los ejes estratégicos

- las inequidades al inicio de la vida;
- los rezagos educativos;
- la seguridad alimentaria y nutricional;
- la segmentación socioterritorial-espacial y la precariedad habitacional;
- la inestabilidad, precariedad e informalidad en el empleo con su impacto sobre el acceso a la seguridad social.

Por ende, la Reforma Social es una propuesta desmercantilizadora, que introduce elementos no capitalistas en su diseño e implementación, que dialoga en un plano de igualdad y jerarquía con la política económica y que se transforma en la prioridad a la hora del uso de los recursos públicos. Por todo ello, y en el marco de un modelo de desarrollo que el Frente Amplio construye desde 2005, la denominamos una reforma protosocialista.

Esta reforma ya ha tenido resultados con la existencia de un sistema integrado de salud, un sistema nacional de educación pública, un sistema nacional de acceso a la vivienda y cambios en el sistema de seguridad social. Estas reformas universales han permitido que Uruguay avance como nunca antes en su historia en la reducción de la desigualdad.

Queremos seguir avanzando y por eso hoy presentamos esta propuesta del Sistema Nacional de Cuidados, propuesta que parte de los avances importantes llevados a cabo en este período de gobierno, en el desarrollo de los cuidados.

A manera de breve resumen:

1. Constitución por decreto presidencial del grupo de trabajo sobre cuidados.
2. Recorrida del país dialogando con la sociedad sobre qué es el Sistema Nacional de Cuidados, con participación de más de 3.000 personas.
3. Inclusión de hasta 2.000 asistentes personales con la construcción del Baremo de la Dependencia y la evaluación de la dependencia severa a través de él.
4. Transferencia de la competencia de regulación de las Casas de Salud –residencias de larga estadía– del Ministerio de Salud Pública al MIDES, tomando como eje el carácter social de esta política.
5. Aprobación del proyecto de ley de Licencias por Maternidad y Paternidad, validando el convenio 179 de la OIT, que lleva dicha licencia a 14 semanas.
6. Experiencias piloto de cuidados, como:
   - Experiencia piloto con residencias de larga estadía para personas adultas mayores en situación de dependencia por discapacidad.
   - Inclusión del módulo de cuidados en los tres programas prioritarios de superación de la pobreza (Jóvenes en Red, Uruguay Crece Contigo, Cercanías).

  - Implementación de líneas innovadoras vinculadas a CAIF, como los CAIF inclusivos para niños con discapacidad.
7. Experiencias de formación de formadores y de cuidadores.

La propuesta integral que aquí presentamos:

- Es el resultado de ese trabajo interinstitucional y de diálogo con la sociedad, que desde su necesidad de cuidados aportó ideas para esta construcción colectiva.
- Es el resultado del trabajo de compañeros técnicos comprometidos con el proyecto de la igualdad y que a su saber técnico (que en sí mismo no significa nada más que eso: saber técnico) le suman su compromiso político e ideológico.
- Es el resultado de un pormenorizado análisis de las necesidades sociales en materia de cuidados y de la evaluación de las acciones actuales, y su continuidad y expansión.
- Es el resultado de la búsqueda permanente del bienestar de aquellas personas que requieren cuidados.
- Es el resultado de nuestra concepción de igualdad de género.

En definitiva, es el resultado de una construcción colectiva.

Introducción

Andrés Scagliola
Director Nacional de Políticas Sociales, MIDES

La sociedad del cuidado

Esta publicación da una pista de cuán largo es el camino, del que se ha recorrido una parte fundamental, hacia una sociedad del cuidado. Junto con el reconocimiento del cuidado como una problemática actual y futura, de su discusión con innumerables actores, hasta sentar las bases de lo que proponemos como Sistema Nacional de Cuidados (SNC) es que se recoge de forma sintética en este documento lo acumulado hasta el momento. Lo hacemos para que la nueva administración no parta de cero.

En nuestro país la resolución del cuidado de las personas con algún nivel de dependencia es, tradicionalmente, responsabilidad de las familias. Lo es a partir del tiempo de las mujeres de la familia o la comunidad, o de su compra en un mercado escasamente regulado. Desde el Estado, hasta el momento la respuesta ha sido fragmentada y su alcance limitado. Este es, a grandes trazos, el "sistema" de cuidados existente: privado, familiarizado y feminizado.

Esta falta de reconocimiento del cuidado como derecho lleva a varios resultados no deseados, tanto para las personas que necesitan apoyo para realizar actividades de la vida diaria como para las personas que les dedican su tiempo de forma remunerada o no remunerada.

Para aquellas personas que requieren de cuidados, el sistema actual no garantiza en absoluto su calidad sino que dependen de las habilidades y competencias de las familias, o de su posibilidad de pagarlos en el mercado.

A su vez, la relación entre las personas que cuidan y aquellas que son cuidadas esconde una gran inequidad de género dado que son las mujeres las que dedican parte importante de su tiempo a esta tarea. Esto trunca la posibilidad de disfrutar de una vida plena imponiendo restricciones en sus oportunidades de formación, trabajo remunerado y realización personal en general. También tiene un fuerte correlato en las posibilidades económicas de las familias; en especial, en aquellas de jefatura femenina, donde la crianza y el trabajo encuentran su mayor contradicción.

El Estado, al no reconocer los cuidados como un asunto en toda su amplitud y complejidad, brinda una oferta limitada de servicios a las personas que los requieren y las cuidadoras. Pero también recarga el sistema educativo y el de salud, que no están ajustados a una sociedad del cuidado, ejerciendo presión sobre estos para que solucionen en parte estos problemas, con servicios no adaptados para esta función o provocando la prestación de servicios deficientes.

Poner en el centro de nuestra atención el cuidado y la dependencia es una forma de dar cuenta de los cambios sociales y demográficos que se profundizan en el país donde las personas viven más y donde, junto con la vejez, se refuerzan o surgen nuevos riesgos y necesidades.

Esta insuficiente respuesta y la visión acotada de los cuidados nos transforman en una sociedad excluyente de las personas que están en situación de dependencia, y establece desigualdades inaceptables en el acceso a cuidados. Las personas dependientes por discapacidad saben de qué hablamos.

El Sistema Nacional de Cuidados es una herramienta pensada responsablemente que nos permitirá aproximarnos a la manera más equitativa, responsable y eficiente de la sociedad en su conjunto de resolver los cuidados de niños y niñas, personas mayores dependientes y personas con discapacidad en situación de dependencia. En otras palabras, la respuesta del gobierno, de forma consciente y articulada, será más eficiente, tanto desde el punto de vista de los servicios y prestaciones específicas de cuidado como del de otros pilares de la matriz de bienestar social como la educación, la salud y la seguridad social.

El Sistema Nacional de Cuidados no comienza con este documento. Aquí se recoge de manera sistemática y sintética un largo camino recorrido y se establece cuánto resta por recorrer. Lo cierto es que realizar una propuesta con el calado que pretende el Sistema Nacional de Cuidados exigió la generación previa de una serie de instrumentos.

Fue fundamental generar información suficiente sobre la situación actual de los cuidados, lo que implicó realizar diagnósticos sobre la población dependiente así como sobre aquella que se encarga de los cuidados, ya sea de forma remunerada o no, y también indagar sobre las representa-

ciones sociales del cuidado (la forma en la que la sociedad entiende que debe garantizarse el cuidado) así como estudiar y sintetizar la bibliografía existente, al tiempo que se entró en contacto con experiencias de otros países.

Asimismo, se tornó indispensable crear un instrumento que diera cuenta de la dependencia de las personas, y sus características individuales y de entorno: el Baremo de Dependencia. También se diseñaron y ejecutaron programas piloto que han brindado mucha información de la cual extraer aprendizajes concretos.

El resultado no es copia ni modelo sino una contribución para transitar por un camino propio en relación a la sociedad del cuidado que queremos construir.

La construcción del Sistema Nacional de Cuidados no puede pensarse de otra forma que no sea a partir de una amplia y diversa coalición de actores amalgamados por dos valores fundamentales: los derechos humanos y la equidad de género. El potencial impacto sobre los roles de género, las posibilidades de las mujeres en términos de mejores condiciones de acceso al empleo y mejoras en sus ingresos –por ende, en los ingresos familiares– y, a su vez, que esto afecte en menor medida en las decisiones de tener hijos depende de que se comprenda que el cuidado es un derecho fundamental y que su acceso no puede estar limitado.

El diseño del Sistema Nacional de Cuidados necesariamente debe dar cuenta de los procesos que justifican su elaboración y existencia, de un análisis profundo y detallado de los actores involucrados, la situación actual del país en general y sus particularidades territoriales, del análisis de la forma en la que se resuelven los cuidados actualmente, y de la dimensión de los cuidados en términos monetarios, físicos, humanos e institucionales. Es necesario tomar en cuenta los servicios actuales y la propuesta futura, siempre en términos de sistema. También es necesario establecer un claro marco regulatorio e institucional dentro del cual el Sistema Nacional de Cuidados desarrollará sus actividades.

Esta publicación se compone de la siguiente manera. Primero, realiza un repaso de las bases conceptuales y las definiciones consensuadas alrededor de esta nueva política pública. Segundo, realiza un diagnóstico sobre la situación actual de las personas que conforman la población objetivo de la propuesta. Tercero, y con una óptica territorial, analiza la oferta pública de cuidado y sus características a partir de un relevamiento de los centros de cuidados de las tres poblaciones, realizado en todo el país. El cuarto lugar le corresponde al Sistema Nacional de Formación de las personas que realizan tareas de cuidado, parte fundamental de una política pública como la propuesta detalla. En el capítulo quinto se realiza la propuesta de servicios y prestaciones, estableciendo para qué personas y en qué momento. El sexto capítulo discute alternativas de financiamiento y la conformación de un fondo único del sistema. Séptimo, se detalla el marco regulatorio e institucional de un futuro sistema. Octavo, se analiza de manera crítica la evidencia empírica sobre los efectos esperados de las políticas relacionadas al cuidado y bajo qué condiciones se hacen más evidentes. Por último, se realiza una serie de reflexiones finales a modo de cierre.

La sociedad del cuidado que queremos construir trasciende la política pública que hemos dado en llamar, en la experiencia uruguaya, Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Requiere de la movilización de múltiples actores y recursos sociales de todo tipo, tras los valores de la solidaridad y la corresponsabilidad como articuladores de nuestra convivencia. Requiere de un pacto a la vez social y de género, inevitablemente político en su sentido más amplio, al que este trabajo desea contribuir y, desde ya, convocar.

CAPÍTULO 1

Pensar los cuidados

Soledad Salvador (consultora de CEPAL)

Definición de cuidados

En el documento aprobado por el Gabinete Social en setiembre de 2012 (*Hacia un modelo solidario de cuidados*), luego de dos años de trabajo del Grupo creado para diseñar la propuesta de Sistema Nacional de Cuidados, se definen los cuidados como *"una función social que implica tanto la promoción de la autonomía personal como la atención y asistencia a las personas dependientes"*. También se cita una definición de CEPAL (2009) que plantea que *"son acciones que la sociedad lleva a cabo para garantizar la supervivencia social y orgánica de quienes han perdido o carecen de autonomía personal y necesitan la ayuda de otros para realizar los actos esenciales de la vida diaria"*. Y se especifica que *"la acción de cuidar implica ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria –bañarse, comer, movilizarse, etc."*.

En dicho documento se agrega también que *"la construcción colectiva de la definición de Sistema Nacional de Cuidados implicó la determinación de que se refería exclusivamente al cuidado de la población dependiente, excluyendo explícitamente el cuidado del hogar; así como la definición de no incluir el cuidado de la enfermedad, dado que esto es responsabilidad del sistema de salud"*.

En un documento reciente del MSP se clarifica esa diferencia diciendo que: *"son cuidados en salud los vinculados al proceso de curación, rehabilitación o paliación de la enfermedad"*, y que *"son cuidados provistos a personas en situación de dependencia los vinculados al ciclo de vida y/o que son consecuencia de alteraciones patológicas"*. *"Los primeros son una responsabilidad esencial del sistema de salud y los segundos deberán ser garantizados por el Sistema Nacional de Cuidados"* (MSP, 2014).

Por lo tanto, **la definición de cuidados para el Sistema Nacional de Cuidados** que se está proponiendo instalar **solo considera los cuidados que se brindan en forma directa a las personas, y excluye el cuidado indirecto**, que incluye las actividades más instrumentales vinculadas al trabajo doméstico como cocinar, lavar, planchar, limpiar la casa, etc. Este cuidado indirecto muchas veces es "precondición" para que el cuidado directo ocurra (Esquivel, 2011; Folbre,

Definiciones más amplias de cuidados

Una definición muy citada en trabajos de la CEPAL es: *"el cuidado es una actividad específica que incluye todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro mundo, de manera que podamos vivir en él tan bien como sea posible. Ese mundo incluye nuestros cuerpos, nuestro ser y nuestro ambiente, todo lo que buscamos para entretejer una compleja red del sostenimiento de la vida"* (Fisher y Tronto, 1990, citado en Montaño, 2010; Marco y Rodríguez Enríquez, 2010; Nieves Rico, 2011).

Por su parte, el Instituto de Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD) lo define: *"El trabajo de cuidados involucra el cuidado directo de las personas -como alimentarlas, bañarlas- así como las tareas domésticas que son precondición para brindar los cuidados, como preparar las comidas, limpiar la casa, comprar los alimentos, recolectar agua y leña"* (Razavi, 2007).

Una nota conceptual preparada por Onumujeres para un diálogo regional con organizaciones de mujeres, redes y expertas sobre el tema de cuidado sostiene: *"El cuidado comprende el conjunto de actividades necesarias para poder satisfacer las necesidades básicas (tanto materiales como simbólicas) relacionadas con el desarrollo y existencia de las personas, tales como la alimentación, la limpieza, la vestimenta, el cuidado de menores y dependientes, la gerencia del hogar, las compras o adquisición de los insumos necesarios para los integrantes de los hogares, el apoyo emocional, el mantenimiento de las relaciones sociales, etc."* (Onumujeres y el Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, 2013).

El documento base para la Conferencia de la Mujer organizada por CEPAL en Quito lo define como: *"un proceso material y simbólico caracterizado por el mantenimiento de los espacios y bienes domésticos, la alimentación y el cuidado de los cuerpos, la socialización, la educación y la formación de los menores, el mantenimiento de relaciones sociales y el apoyo psicológico a los miembros de la familia"* (CEPAL, 2007).

A continuación, se plantea que el trabajo de cuidados se divide en:

- doméstico, entendido como la transformación de mercancías, y el cuidado y el mantenimiento de los espacios;
- de las personas (principalmente niños, enfermos y ancianos);
- obligado, es decir las actividades de enlace entre los ámbitos doméstico y público, derivadas de las responsabilidades familiares como acompañar a los niños a la escuela, hacer trámites o pagar cuentas, actividades que otros autores denominan "servicio de apoyo" (García y De Oliveira, 2006) (Picchio, 2001; citado en CEPAL, 2007).

2006; Razavi, 2007); es importante tenerlo en cuenta porque generalmente estas tareas consumen bastante tiempo de las familias, en particular de las mujeres, que son quienes las realizan, y por ello no deben desconocerse dado que la distribución del tiempo que se destina a estos cuidados tiene también sesgo de género y en Uruguay es más pronunciado en este tipo de trabajo (según la información provista por el Módulo sobre Uso del Tiempo 2007 y los primeros resultados presentados de la Encuesta de Uso del Tiempo 2013).

El fundamento del Grupo de Trabajo (GT) para priorizar los cuidados directos en los servicios y prestaciones que brinde el sistema es el hecho de que estos cuidados tienen un contenido "relacional" y ello hace que sean muy exigentes para la cuidadora o cuidador en términos del "tiempo que debe estar en forma presencial" con la persona cuidada, y en las rutinas establecidas para la alimentación, el baño, la medicación, las terapias, la recreación. Pero debe estar claro que el trabajo doméstico no puede desligarse de estos cuidados directos ya que, por ejemplo, para ayudar a otra persona a alimentarse se requiere disponer del alimento (comprarlo y prepararlo), el aseo de la persona requiere el aseo del hogar, así como lavar la ropa y acondicionarla, para disponer de la medicación previamente hay que adquirirla, etc.

Conceptualización de la población dependiente

El Sistema Nacional de Cuidados (SNC) estará orientado a promover la autonomía y atender las necesidades de la población dependiente. En el documento del GT aprobado por el Gabinete Social se define como población en situación de dependencia aquella que necesita atención y asistencia, así como apoyo o acompañamiento, en las actividades de la vida cotidiana. Por ello, se consideran personas en situación de dependencia las niñas y niños de 0 a 12 años, priorizando a la población de 0 a 3 años, las personas con discapacidad y las personas mayores que no tengan o hayan perdido autonomía para desarrollar las actividades de la vida diaria.

Esta conceptualización de población dependiente está en sintonía con la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención de la Dependencia, de España (2006), que entiende por dependencia *"aquel estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria"*.

Cuando se adopta una definición más amplia de los cuidados se consideran también como dependientes las personas que "dependen" del trabajo doméstico de otros (en general, mujeres). Esa dependencia se genera a veces por estar sobreocupados o simplemente porque los roles de género asignan esas tareas a las mujeres de la familia o el hogar. Rico plantea que *"las personas receptoras de cuidado en los hogares son diversas, destacando los menores de edad, los adultos mayores y las personas enfermas con alguna discapacidad; pero también existen adultos –generalmente varones– que están sanos, se encuentran ocupados en el mercado laboral y que tienen acceso a recursos propios de todo tipo, pero que demandan el cuidado de otro adulto –la mayoría de las veces mujeres– y en algunos casos no necesariamente adultos –niñas y adolescentes–, que son miembros del hogar"* (Rico, 2005; citado en Rico 2011b). Durán (2006) y Picchio (2003) también consideran a los trabajadores sobreocupados como fuente de demanda de cuidados. En particular, Picchio (2003: 11) plantea que por esa razón no debe ex-

Antecedentes conceptuales en el país

Uno de los primeros trabajos que se conocen sobre el tema de los cuidados en Uruguay es de Rosario Aguirre y Clara Fassler, de 1997, titulado *Acerca del cuidado doméstico. La mujer en la familia como protagonista del bienestar social*. En ese análisis se pone especial relevancia al cuidado directo de las personas, más allá de que el cuidado indirecto no se desconoce sino que se considera parte de él.

Luego, Aguirre y Batthyány –que han tenido una larga producción sobre el tema de los cuidados– en varias de sus publicaciones distinguen claramente los cuidados familiares y el trabajo doméstico, y definen los cuidados como *"la acción de cuidar a un niño, o una persona adulta o anciana dependiente para el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana"* (Aguirre, 2009). Batthyány (2005) plantea que *"el cuidado designa la acción de ayudar a un niño o a una persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana"*. Ambas autoras, en una publicación reciente, plantean que *"Partiendo y reconociendo una noción amplia de cuidado (como la propuesta por Fisher y Tronto, 1990) se ha trabajado con aquella que ha resultado útil para la incidencia en las políticas públicas en Uruguay. De esta forma, se lo conceptualizó como la acción de ayudar a un niño o a una persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana. Engloba, por tanto, hacerse cargo de los cuidados materiales, lo que implica un trabajo; de los cuidados económicos, lo que implica un costo económico; y de los cuidados psicológicos, lo que implica un vínculo afectivo, emotivo, sentimental. Puede ser realizado de manera honoraria o benéfica por parientes en el marco de la familia o puede ser realizado de manera remunerada en el marco o no de la familia"*.

A su vez, los diversos documentos producidos por la Red Género y Familia (Fassler, 2007, 2008, 2009 y 2010; Fassler, Dabezies y García, 2011; Bonino y Fassler, 2012) también refieren a los cuidados como aquellos involucrados con el cuidado directo de las personas con algún nivel de dependencia.

Por su parte, Espino y Salvador (2013) desde la visión de la economía feminista consideran los cuidados como la suma del trabajo doméstico y el cuidado de las personas. Esa concepción está presente en Salvador (2007, 2009 y 2011), Salvador y Pradere (2009) y Espino (2010).

cluirse del análisis el cuidado de no dependientes y el trabajo doméstico en particular, porque sigue siendo el caso en que los varones autónomos tienden a beneficiarse del trabajo de mujeres (también autónomas) para sostener sus estándares de vida. Omitir estos otros componentes del análisis elimina un rasgo de persistente desigualdad de género, particularmente acuciante en contextos en que la pobreza de ingresos no permite acceder a sustitutos de mercado, pero también presente cuando estas tensiones se resuelven "tercerizando" el trabajo doméstico.

Los análisis para Uruguay del uso del tiempo también llevan a Aguirre y Batthyány (2005) a concluir que *"los cuidados familiares a las personas adultas ocupadas y sobreocupadas, sobre todo hombres, requieren muchas horas de dedicación. Las encuestas ponen en evidencia que las mujeres cuando viven en pareja aumentan notablemente las horas que dedican al trabajo doméstico y a los cuidados familiares y que el volumen de horas que los hombres dedican a estas tareas disminuye, independientemente de la existencia de niños en el hogar"*.

Por último, en el documento aprobado por el Gabinete Social se plantea que *"la dependencia puede ser transitoria, permanente o crónica, o asociada al ciclo de vida de las personas"*. Aunque en una primera instancia de desarrollo del sistema se le dará prioridad a la dependencia permanente.

Para medir la dependencia ya se elaboró un Baremo de Dependencia que identifica si una persona es dependiente y, en caso de serlo, clasifica su dependencia en tres grados: leve, moderada y severa. La graduación depende de la *"cantidad y frecuencia de actividades que requieren apoyos además de la cantidad, frecuencia y cualidades de los apoyos que se requieren en tales actividades"* (CNPS, 2012: 47).

¿Por qué una política de cuidados?

La ausencia de una política de cuidados genera y reproduce la desigualdad social y de género (ver recuadro). A su vez, el cuidado es un componente central en el mantenimiento y desarrollo del tejido social, tanto para la formación de capacidades como para su reproducción, y por eso las políticas de cuidado son una inversión en una sociedad más justa, más igualitaria y con mayor cohesión. Y también pueden implicar una inversión productiva en la medida en que esa inversión se retribuya en una mayor formación y en un mejor aprovechamiento de los recursos humanos disponibles.

Una política de cuidados de calidad tiene impactos sobre el desarrollo infantil y sobre la calidad de vida de las personas dependientes y de las cuidadoras. Los cuidados de la dependencia promueven los cuidados de la salud a través de la mejora de la nutrición, el retraso del avance de las enfermedades y la promoción de la rehabilitación. También impacta en la calidad de vida y las condiciones de salud de las personas que brindan cuidados familiares –en general mujeres, madres, abuelas, hijas– ya que al destinar gran parte de sus horas diarias al cuidado, se resiente tanto su salud física como emocional[1].

Por ello, en la formulación de la política hay que considerar que el trabajo de cuidados a las personas dependientes implica una "relación bilateral", lo que significa que hay que prestar atención a ambas partes de la "díada". Del lado de las cuidadoras, hay que considerar que *"el trabajo de cuidados en el marco de la familia le otorga un carácter a la vez obligatorio y desinteresado, y una dimensión moral y emocional"* (Batthyány, 2009; citado en Consejo Nacional Coordinador de Políticas Públicas de Igualdad de Género, 2011). Ello es importante cuando se presentan situaciones de dependencia en los ascendientes o descendientes de la familia en las que particularmente las mujeres se sienten comprometidas a resolver las necesidades de cuidado, sin cuestionárselo.

Ello ha llevado a la desigualdad de género en la participación económica, social y política de las mujeres. Por lo tanto, la instalación de un sistema de cuidados con enfoque de género es imprescindible para promover la **justicia social**. Como se plantea en el documento del Gabinete Social, *"una sociedad que se propone garantizar el bienestar de sus integrantes más vulnerables, garantizando a la vez la igualdad de derechos de todas las personas, no puede obviar la situación instalada en torno al cuidado. Se propone entonces la socialización de la provisión y los costos de los cuidados, tanto monetarios como no monetarios. La transformación es de tal envergadura que se puede hablar de* ***un nuevo pacto social:*** del modelo familista a un modelo de corresponsabilidad social".

Hasta el momento en que el gobierno se compromete a desarrollar una política de cuidados, se daba por sentado que la tarea era realizada por las mujeres, que ellas lo saben hacer bien y cuentan con los recursos necesarios para hacerlo. Todo ello empieza a relativizarse cuando se evidencia lo que se ha dado en llamar "el déficit (o crisis) de los cuidados". Dicho déficit consiste en la disminución de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida, lo que contribuye al envejecimiento de la población, y la mayor participación laboral, social y política de las mujeres, que lleva a que los hogares y las familias dispongan de menos recursos para cuidar. Por ello, la política de cuidados que ya venía siendo demandada desde las organizaciones feministas[2] por un

1. Un desarrollo más exhaustivo sobre los impactos de políticas de cuidado de calidad es realizado en el capítulo 8, "Efectos".
2. El tema de los cuidados fue uno de los principales compromisos asumidos por los gobiernos en la Conferencia Mundial de la Mujer, en Beijing (1995). Fassler (2000) hace un análisis exhaustivo de los cambios que están viviendo las familias, el déficit de cuidados y los problemas que se están generando con la focalización de las políticas públicas y su desconocimiento de la necesidad de brindar cuidados.

tema de justicia social, adquiere más fuerza cuando se empieza a evidenciar esta situación de "crisis" o "déficit" de cuidados.

Ello lleva a visualizar aun más el tema de **los cuidados como un derecho humano que los Estados deben garantizar.** En la X Conferencia Regional de la Mujer de CEPAL en Quito, Pautassi (2007) coloca el tema de "los cuidados como derecho", donde señala que existe una trilogía entre el derecho a "dar cuidados", "recibir cuidados" y "autocuidarse". De esa forma, los gobiernos de la región en los compromisos que asumen en dicha Conferencia (el Consenso de Quito) se comprometen a garantizarlos.

Cuando se empieza a pensar en el diseño de la política de cuidados en Uruguay se definen como "una nueva sectorialidad" que conformaría el "cuarto pilar" del sistema de protección social (junto con la salud, la educación y la seguridad social) (GT 2012). Pero, dado que los cuidados son una *necesidad básica indispensable* para vivir en condiciones de dignidad, se vinculan en forma interdependiente con otras necesidades. Por ello muchas veces cuando se habla de las necesidades de cuidados surgen otros componentes del sistema de protección social como vivienda, alimentación, salud, educación, etc., que están interrelacionados con el derecho a recibir cuidados o a contar con los recursos para brindar cuidados en condiciones dignas, pero que no forman parte de la política de cuidados. Por ejemplo, a veces se cita como acciones relativas a los cuidados las operaciones de cataratas o el programa Uruguay Crece Contigo. En ambos casos no se están brindando cuidados: en el primero porque es claramente un tema de cuidados en salud que probablemente modificará el nivel de dependencia que haya adquirido una persona por un problema de salud y ello podrá tener impacto en su demanda de cuidados; en el segundo caso el programa lo que hace es articular acciones del Estado vinculadas a temas sanitarios, alimentación, vivienda y cuidados, pero en sí mismo no los brinda sino que articula las acciones necesarias para el adecuado desarrollo de los niños y las niñas en la primera infancia.

Un tema muy importante en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de la política de cuidados es **garantizar que la perspectiva de género esté presente** en todas esas etapas. La evidencia demuestra que si esa perspectiva no está, se impone la lógica predominante de las políticas tradicionales que mantiene la carga del trabajo de cuidado en las mujeres. Por ejemplo, en Europa, Astelarra (2005) plantea que las políticas de conciliación entre la vida familiar y laboral han mantenido el supuesto de que el cuidado es una responsabilidad femenina y, de esa forma, han sido útiles solo para que las mujeres concilien y sigan manteniendo la doble carga de trabajo. Bonino y Fassler (2012) presentan los lineamientos para incluir la perspectiva de género en el diseño, monitoreo y evaluación del sistema de cuidados en Uruguay, y afirman que la presencia del "mecanismo de género" en todas las instancias de definición de las acciones que se instrumenten es imprescindible para velar por la inclusión de esa mirada.

Efectos de la ausencia de políticas de cuidado en la desigualdad social y de género

"La división sexual del trabajo ha implicado históricamente que la esfera de lo llamado público, la de la política, la economía, el trabajo remunerado, sea responsabilidad de los hombres, mientras que la esfera privada pertenezca a las mujeres. Así, el trabajo de cuidado y doméstico no remunerado ha sido y sigue siendo responsabilidad casi exclusiva de las mujeres y las niñas. Este trabajo, que por un lado aporta beneficios imprescindibles para la sostenibilidad de la vida en sociedad, por otro implica un costo de tiempo, esfuerzo y de ingresos no percibidos para las mujeres, limitando su inserción en el mercado laboral y por consiguiente su independencia económica.

No obstante, desde hace varias décadas las mujeres se han incorporado masivamente al mercado de trabajo remunerado, la división sexual del trabajo se ha trastocado y hoy son muchos los hogares en los que la responsabilidad económica recae sobre las mujeres. En este proceso, las mujeres han mantenido la responsabilidad casi exclusiva del trabajo de cuidado no remunerado, puesto que el movimiento inverso, de incorporación de los hombres en el ámbito del trabajo de cuidado, prácticamente no ha ocurrido. Esta situación ha derivado en que las mujeres tengan una sobrecarga de trabajo y tiempo con respecto a los hombres. En este mismo sentido, ni el Estado ni las empresas privadas han tampoco asumido la responsabilidad que les corresponde en desarrollar servicios e infraestructura que permitan aliviar la carga de cuidado que pesa principalmente sobre los hombros de mujeres y niñas y que limita el ejercicio de sus derechos humanos y su pleno desarrollo.

Las consecuencias de esta desigualdad para las mujeres son múltiples; por un lado repercute en dificultades para su desarrollo académico y profesional, dadas sus responsabilidades domésticas y de cuidados buscan mayor flexibilidad en el trabajo, los empleos a los que acceden suelen estar mal remunerados, ser menos valorados, más precarios o estar en la informalidad, con la consecuencia adicional de quedar desprotegidas en términos de seguridad social. Por otro lado, el tiempo libre del que disponen es más reducido que el de los hombres, lo cual repercute en su calidad de vida." (Onumujeres México e Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, 2013).

A su vez, la ausencia de una política pública de cuidados lleva a que la resolución privada del tema a nivel de los hogares profundice la desigualdad de género a través de la desigualdad social, y ello se convierte en un proceso que se retroalimenta a sí mismo. La desigualdad de género se presenta de manera más profunda en contextos de pobreza y marginación, pero la carga de cuidado también es acuciante en los sectores de ingresos medios y medios bajos, donde la disponibilidad de ingresos para contratar servicios del sector privado es insuficiente (Espino y Salvador, 2013).

Los instrumentos internacionales que promueven el desarrollo de políticas de cuidado

La instalación de un SNC responde a la necesidad del país de adecuar sus políticas sociales a la normativa internacional y a los acuerdos suscritos en este ámbito. A continuación se especifican los acuerdos y normativas vigentes respecto a primera infancia, personas con discapacidad, personas mayores y de género.

Respecto a primera infancia, hay dos acuerdos de especial relevancia en lo que refiere a la mejora de la calidad de vida de los niños y niñas uruguayos: la Convención Internacional de los Derechos del Niño y su correlato nacional en el Código de la Niñez y la Adolescencia, y, por otra parte, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y su adecuación al país a través de las metas nacionales.

La Convención de los Derechos del Niño mandata en su artículo 3, numeral 3: *"Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada"*; y en su artículo 18, numeral 2: *"A los efectos de garantizar y promover los derechos enunciados en la presente Convención, los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a los padres y a los representantes legales para el desempeño de sus funciones en lo que respecta a la crianza del niño y velarán por la creación de instituciones, instalaciones y servicios para el cuidado de los niños"*. En este sentido, el Código de la Niñez y la Adolescencia y la Ley de Educación aportan criterios para su implementación a nivel nacional en los cuales se ha basado el diseño del SNC para la infancia. La Ley General de Educación (Ley Nº 18.437), profundiza los lineamientos en los que se enmarca especialmente el SNC en centros de atención a la primera infancia.

En los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados más directamente con este tema, Uruguay se compromete a reducir sensiblemente el porcentaje de niños con déficit nutricional y a universalizar la educación inicial de 3 años en adelante.

En relación a las normativas vigentes, acuerdos y convenios internacionales a los cuales se ha suscrito Uruguay vinculados a la discapacidad y que son antecedentes al Sistema Nacional de Cuidados, de regulación por parte del Estado, se destacan las siguientes:

El 19 de marzo de 2010 entró en vigencia la Ley Nº 18.651, de Protección Integral de Personas con Discapacidad, que establece en su artículo 1: *"Establécese un sistema de protección integral a las personas con discapacidad, tendiente a asegurarles su atención médica, su educación, su rehabilitación física, psíquica, social, económica y profesional y su cobertura de seguridad social, así como otorgarles los beneficios, las prestaciones y estímulos que permitan neutralizar las desventajas que la discapacidad les provoca y les dé oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las demás personas"*. El Sistema de Cuidados sería uno de los componentes de esa protección integral que establece la ley.

El 13 de diciembre de 2006 se aprobó la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. En todo el texto, en cada uno de los derechos que la Convención recoge se plasman principios que implican dignidad, autonomía e independencia de las personas con discapacidad. Específicamente puede verse la mención al SNC en el artículo 19 que regula el derecho de las personas con discapacidad a vivir donde y con quien quieran, y con servicios que faciliten su inclusión en la comunidad, incluida la asistencia personal. Mediante la Ley Nº 18.418, Uruguay ratifica la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006).

El 5 de julio de 2011, en el Parlamento, se aprobó el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley Nº 18.776) que implica el compromiso de cumplimiento de todos los artículos que se decretan en el texto y la implementación de políticas que tiendan a proteger los derechos de las personas con discapacidad.

Los temas vinculados al cuidado de las personas mayores dependientes son un capítulo extenso de preocupación en el área de los Derechos Humanos, que en las últimas décadas se han traducido en la creación de mecanismos de protección a nivel internacional. Orientar acciones por parte del Estado uruguayo a las situaciones de dependencia de las personas mayores permite dar cumplimiento con los marcos normativos internacionales con categoría vinculante que Uruguay ha ratificado o a los que ha adherido. En este sentido se destacan:

- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador" (1988), en los artículos 17 y 18.
- Observación general Nº 6 (1996) vinculada al Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el artículo 10.
- Recomendación Nº 27 (2010) sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos, en los artículos 43 y 46.

El reconocimiento internacional de la necesidad de modificar la división sexual del trabajo, en tanto construcción sociocultural, y de la responsabilidad que tienen los Estados en esta tarea, se produce fundamentalmente desde la década del noventa, especialmente con la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), la Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe y en particular con el Consenso de Quito (2007). En él se acuerda *"formular y aplicar políticas de Estado que favorezcan la responsabilidad compartida equitativamente entre mujeres y hombres en el ámbito familiar, superando los estereotipos de género, y reconociendo la importancia del cuidado y del trabajo doméstico para la reproducción económica y el bienestar de la sociedad"*. Asimismo, se acuerda *"adoptar las medidas necesarias, especialmente de carácter económico, social y cultural, para que los Estados asuman la reproducción social, el cuidado y el bienestar de la población como objetivo de la economía y responsabilidad pública indelegable"*.

En la XI Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, de 2010, los Estados parte acordaron *"adoptar todas las medidas de política social y económica necesarias para avanzar en la valorización social y el reconocimiento del valor económico del trabajo no remunerado prestado por las mujeres en la esfera doméstica y del cuidado y fomentar el desarrollo y el fortalecimiento de políticas y servicios universales de cuidado, basado en el reconocimiento del derecho al cuidado para todas las personas y en la noción de presentación compartida en el Estado, el sector privado, la sociedad civil y los hogares, así como entre hombres y mujeres, y fortalecer el diálogo y la coordinación entre todas las partes involucradas"*.

Por su parte, el Convenio Nº 156 de la OIT, ratificado por Uruguay (Ley Nº 16.063), establece en su artículo 3, literal 1: *"Con miras a crear la igualdad efectiva de oportunidades y de trato entre trabajadores y trabajadoras, cada miembro deberá incluir entre los objetivos de su política nacional el de permitir que las personas con responsabilidades familiares que desempeñen o deseen desempeñar un empleo ejerzan su derecho a hacerlo sin ser objeto de discriminación y, en la medida de lo posible, sin conflicto entre sus responsabilidades familiares y profesionales"*.

Fuente: GT (2012).

El camino recorrido

El tema de los cuidados ingresó a la agenda de gobierno luego de un largo recorrido que la sociedad civil y la academia llevaron adelante, desde los primeros trabajos sobre el tema en la década de los 90, donde ya se visualizaba el problema del déficit de cuidados, la sobrecarga de trabajo en las mujeres y las consecuencias para la sociedad en términos de bienestar y desarrollo.

La nueva información proveniente de las encuestas de uso del tiempo (de 2003 y 2007) permitió poner en evidencia dicha realidad y obtener el apoyo de otros actores que entendieron la importancia de este tema. También el hecho de que la coalición de partidos de izquierda asumiera el gobierno en 2005 ubicó en primer lugar la agenda social y llevó a repensar la matriz de protección social vigente. Al inicio de la gestión (período 2005-2007) se desarrolló el Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (PANES), y en 2008 entró en vigencia el Plan de Equidad. A su vez, en 2006 se había aprobado el Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos 2007-2011, en el que el gobierno se comprometió a dar cumplimiento a la Línea Estratégica de Igualdad 10 (LEI 10) que propone desarrollar medidas que contribuyan a una distribución equitativa de las responsabilidades familiares[3].

En ese marco, la Red Género y Familia que ya estaba trabajando en este tema convocó a varias mesas de diálogo durante 2008 con el propósito explícito de que el tema de los cuidados ingresara a la agenda de gobierno, y se logró que los cuatro partidos políticos con representación parlamentaria colocaran el tema en sus programas de gobierno para las elecciones presidenciales de 2009. A continuación, luego de asumido el nuevo gobierno frenteamplista en marzo de 2010 y con varios actores comprometidos para avanzar en este tema –en primer lugar, el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) y el Consejo Nacional Coordinador de Políticas Públicas de Igualdad de Género, pero también el actual Ministro de Desarrollo Social y el Director del Área de Políticas Sociales, así como varias mujeres con cargos de representación política a nivel del Poder Ejecutivo y Legislativo– se logró que se instalara un GT para el diseño del sistema de cuidados.

En mayo de 2010 por la Resolución Presidencial 863/010 se creó el GT sobre el Sistema de Cuidados en el marco del Consejo Nacional de Políticas Sociales (CNPS), que inició sus actividades a mediados de junio instalándose a trabajar con los representantes de los organismos que integran el CNPS (MIDES, MSP, MTSS, OPP, BPS, MEC, ASSE, INAU, INE y MEF). De esta forma, el GT se constituyó en un espacio político con poder de decisión formal para el diseño, conducción y planificación del sistema.

Es interesante resaltar que por el MIDES participa en este GT la Dirección Nacional de Políticas Sociales, que preside el GT, y el Inmujeres, por ser la entidad rectora de las políticas de género en el país.

Una primera etapa de trabajo consistió en acordar los lineamientos conceptuales y principios orientadores del sistema que se plasmaron en un documento de trabajo titulado *Documento de lineamientos, aportes conceptuales y plan de trabajo para el diseño de un Sistema Nacional Integrado de Cuidados*, en diciembre de 2010.

La tarea del grupo para el año 2011 consistió en desarrollar debates nacionales donde se convocó a participar a representantes de instituciones públicas y privadas, y a diferentes actores sociales con el fin de recabar los intereses y preocupaciones de los involucrados de distinta forma con el sistema, con el fin de recoger insumos para la elaboración de las propuestas. Se elaboraron tres documentos base (uno para cada población priorizada por el sistema) y se desarrollaron tres debates centrales en Montevideo (uno por población), y 22 instancias descentralizadas (tres en la capital, dos en el departamento de Canelones, y una en cada uno de los departamentos restantes). En estas instancias participaron más de 3.200 personas en representación de más de 1.800 organizaciones e instituciones de todo tipo, lo que demostró la importancia de esta propuesta y la necesidad que había de reflexionar y pensar respuestas en torno a esta temática.

Previo al inicio de los debates, en julio de 2011, el Consejo Nacional Coordinador de Políticas Públicas de Igualdad de Género aportó un documento titulado *Contribuciones para el diseño del Sistema Nacional de Cuidados con perspectiva de género y derechos*, con un conjunto de recomendaciones como productos del proceso de reflexión e intercambio interinstitucional, con la finalidad de contribuir al proceso de diseño del SNC.

A su vez, en octubre de 2011 el Gabinete Social aprobó el documento *La Reforma Social: hacia una matriz de protección social del Uruguay* elaborado por el CNPS que establece los objetivos, metas y líneas de acción de la política social que implica la profundización de los cambios en la matriz de protección social en la cual se enmarca este sistema. Dicho documento incorpora siete dimensiones relevantes de desigualdad a combatir a través de las políticas sociales: ingresos, territorios, género, generaciones, étnia-raza, discapacidad y orientación sexual e identidad de género. El marco conceptual del SNC se construyó sobre estos mis-

3. Entre las acciones comprometidas se destaca: "*Fomentar cambios en la legislación para que mujeres y hombres puedan disfrutar de licencia para el cuidado de los/as hijos/as de manera igualitaria*"; "*aumentar y mejorar los servicios estatales de cuidado (niños/as, enfermos/as, discapacitados/as, ancianos/as)*; "*adecuar el funcionamiento de los servicios estatales a las necesidades de hombres y mujeres para una distribución equitativa de las responsabilidades familiares*".

mos lineamientos, buscando contribuir al combate de esas desigualdades de forma integral.

Finalizados los debates, durante el año 2012, se trabajó en el diseño de la propuesta de sistema de cuidados que se materializó en el documento de política pública nominado *Hacia un modelo solidario de cuidados. Propuesta para la construcción del Sistema Nacional de Cuidados*, que fue aprobado por el Gabinete Social en setiembre de ese año. A partir de entonces el GT estuvo abocado a generar diseños de propuestas en las áreas de institucionalidad, financiamiento, regulación, formación y servicios, y a implementar algunas experiencias pilotos.

A partir de 2013 se avanzó con el diseño general del Sistema, que será presentado a lo largo del libro, y se realizaron diversas experiencias piloto que serán desarrolladas en el capítulo 3. De todas las iniciativas se destacan: la aprobación de la Ley de Ampliación de Licencias Maternales y Paternales (ver capítulo 2), el traslado de la regulación de los Hogares de Larga Estadía del MSP al MIDES (ver capítulo 7) y la implementación de la figura de los Asistentes Personales para las personas con dependencia severa que reciben pensión por discapacidad (ver capítulo 2).

Durante este período de debates y elaboración de propuestas, la academia y la sociedad civil fueron acompañando el proceso. Desde el Área de Género del Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales, se desarrollaron investigaciones útiles para el proceso de diseño como *Personas ocupadas en el sector cuidados* y *La población uruguaya y el cuidado: Análisis de representaciones sociales y propuestas para un Sistema de Cuidados en Uruguay*, ambas publicadas en 2013. También participaron en el dictado de módulos de género en los cursos de formación en personas mayores, discapacidad y salud mental, dirigidos tanto a formadores como a quienes cuidan.

La Red Género y Familia continuó realizando acciones de incidencia política y convocando a los demás actores de la sociedad civil y de gobierno para intercambiar visiones sobre el diseño, el financiamiento y la institucionalidad del sistema de cuidados, poniendo el foco en la importancia de que la perspectiva de género esté presente en todas las definiciones que se tomen sobre el sistema[4]. Dicha Red en asociación con el Centro Interdisciplinario de Estudios sobre el Desarrollo (Uruguay) (CIEDUR) llevaron adelante un proyecto de incidencia política que buscó acercar a este debate a las referentes de género de las intendencias departamentales, las mujeres de las comunas y de los municipios, al PIT-CNT, a las legisladoras y los legisladores, entre otros. Como resultado de ese trabajo de incidencia política que movilizó a un amplio grupo de organizaciones sociales, se conformó una Red Pro-Sistema Nacional Integrado de Cuidados, que tiene por objetivo facilitar el intercambio de opiniones entre las personas, organizaciones e instituciones con el propósito de incidir para que el Estado garantice a la población el derecho a ser cuidado y cuidada, y el derecho a cuidar en condiciones adecuadas.

Los principios orientadores del Sistema Nacional de Cuidados

Los principios que orientarán el diseño, monitoreo y evaluación del SNC se acordaron en el primer documento elaborado por el GT, denominado *Documento de lineamientos, aportes conceptuales y plan de trabajo para el diseño de un Sistema Nacional Integrado de Cuidados*, de diciembre de 2010 y también fueron recogidos en la siguiente publicación que aprobó el Gabinete Social (CNPS, 2012):

1. **Política universal**. Dado que es una política que busca garantizar los derechos humanos básicos, debe tener un enfoque universal más allá de que se implementen acciones focalizadas en los colectivos de mayor vulnerabilidad social. Por ello, el diseño incluye compromisos de mediano y largo plazo en la incorporación de los distintos estratos de población hasta su universalización. Ello está en sintonía con uno de los principios rectores de los sistemas de cuidado que plantea CEPAL (Rico, 2014: 44): la "Universalización progresiva del cuidado, *debiendo este último conformar un pilar de la matriz de protección social, articulando enfoques universales con acciones afirmativas y políticas selectivas que prioricen colectivos con mayores necesidades, y que gradualmente alcancen a toda población*".
2. **No discriminación**. Dado que todas las personas son sujetos de derechos y que el Estado tiene la responsabilidad de garantizar su goce efectivo, sin distinción de ningún tipo, el diseño de la política social incorporará las perspectivas de género, generaciones y étnico-racial. En ese sentido, la CEPAL plantea también que un principio rector de los sistemas de cuidado debe ser la "Igualdad *en el acceso de todas las personas al cuidado en su condición de titulares de derechos, sin exclusión o discriminación*" (Rico, 2014: 44).
3. **Calidad del servicio**. Más allá de que el sistema podría conjugar estrategias de creación de servicios como brindar transferencias monetarias, se prioriza la oferta de servicios por su mayor impacto en la equidad de género y la calidad del servicio. Sea tanto a través de la provisión de servicios por parte del sector público o la regulación de la oferta que brinda el sector privado, para garantizar la calidad también se deberán pro-

4. De las distintas instancias de debate que se generaron, algunas solo con la sociedad civil, se presentaron conclusiones a los actores de gobierno. Por ejemplo, en Dabezies, Delfino, García y Roca (2010) se presentan las conclusiones de los debates sobre cuestiones vinculadas al diseño e implementación del sistema. En Fassler, Dabezies y García (2011) se presentan las reflexiones que extrajo la red en torno al Debate Nacional sobre Cuidados.

teger los derechos de las trabajadoras y los trabajadores del sector. Todo ello estará directamente relacionado con los resultados que se puedan lograr en términos de bienestar.

4. **Promoción de la corresponsabilidad**. El SNC deberá promover un cambio cultural en la sociedad que involucre a todas las personas y todas las instituciones, ya sean las directamente relacionadas con la provisión de cuidados, las que brindan formación desde la infancia hasta el nivel terciario o las que inciden de alguna forma en la distribución de responsabilidades de cuidado en el hogar (el mercado laboral, los órganos de participación social, empresarial y política, etc.). El cambio cultural implica deconstruir el paradigma de "hombre proveedor-mujer cuidadora" e imaginarse un mundo donde las personas comparten los cuidados y no los asumen en forma desigual en función del mandato social que se transmite a través de las generaciones. Ello está en línea también con el planteo de CEPAL en relación a otro de los principios rectores de los sistemas de cuidado que es: "Corresponsabilidad *en la distribución y redistribución de los roles y de los recursos entre mujeres y hombres en el seno de las familias y de la sociedad, con miras a una respuesta igualitaria a las demandas de cuidado y al cierre de brechas de desigualdad*" (Rico, 2014: 44).
5. **Descentralización territorial**. El diseño de los servicios deberá ser lo suficientemente flexible como para tener en cuenta las necesidades específicas de cada comunidad. La participación de la comunidad será esencial para diseñar políticas adecuadas a las demandas locales.
6. **Capacitación**. Se procurará fortalecer, profesionalizar y revalorar la tarea de cuidado a través de la capacitación de los cuidadores y cuidadoras, tanto familiares como formales. A la vez, se facilitará la capacitación de las personas que deseen incorporarse al mercado laboral luego de que sus tareas de cuidado sean sustituidas por el Sistema.
7. **Funcionamiento integrado**. La propuesta de construir un Sistema de Cuidados pone especial énfasis en la necesidad de garantizar que su funcionamiento sea integrado, en contraposición a la fragmentación que existe actualmente. El documento original plantea que el funcionamiento del sistema debe ser *"colectivo y crecientemente coordinado de las organizaciones vinculadas al Sistema, en especial los organismos públicos"*. Se plantea también que se *"favorecerá el funcionamiento conjunto en el contacto directo con las poblaciones objetivo, fortaleciendo dichos espacios"*.

Otro principio que agrega el documento de CEPAL y considera que debe ser un principio rector de los sistemas de cuidado en la región es la "solidaridad *del financiamiento, estructurándolo mediante la tributación y las contribuciones a la seguridad social, apuntando a la progresividad redistributiva y a la solidaridad intergeneracional*" (Rico, 2014: 44). Sobre el tema de financiamiento e institucionalidad hubo más debate en el GT, pero en estos momentos se podría afirmar que hay acuerdo en lo que plantea ese principio. Ello se explicita en el capítulo 6, donde se presentan los principios básicos para el financiamiento de la propuesta.

Principales elementos del capítulo

- **Definición de cuidados para el SNC:** *"son una función social que implica tanto la promoción de la autonomía personal como la atención y asistencia a las personas dependientes". "La acción de cuidar implica ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria -bañarse, comer, movilizarse, etc."* (cuidado directo).

- Por lo tanto, el SNC va a cubrir las tareas de cuidado directo, no el indirecto, que refiere a las actividades más instrumentales vinculadas al trabajo doméstico como cocinar, lavar, planchar, limpiar la casa, etc. Es importante tenerlo en cuenta porque muchas veces el cuidado indirecto es "precondición" para que el cuidado directo ocurra y, porque si son las familias las encargadas de resolverlo, debería promoverse la distribución de responsabilidades entre los sexos en esa tarea, y no solo en el cuidado directo.

- La población objetivo del SNC son: los niños y niñas de 0 a 12 años, priorizando la población de 0 a 3 años, las personas con discapacidad o adultas mayores que se encuentran en situación de dependencia, y las cuidadoras o cuidadores remunerados o no remunerados.

- La ausencia de una política de cuidados genera y reproduce la desigualdad social y de género. Como las desigualdades sociales y de género están entrelazadas a través de la división sexual del trabajo y la ausencia de una política que contribuya a redistribuir las tareas de cuidado en el hogar y la familia, la política de cuidados debe promover la igualdad de género. Por ello, cuando se instrumenta una política de cuidados, no hay que pensar solo en las necesidades de la persona que requiere los cuidados sino también en las personas que brindan cuidados en forma remunerada o no. La institucionalidad que se instrumente debe garantizar que esa perspectiva esté presente.

- El SNC constituirá una "nueva sectorialidad" que se complementa con el sistema de salud, el sistema educativo y el sistema de seguridad social.

- Los principios orientadores del sistema son: enfoque universal, no discriminatorio, calidad del servicio, promoción de la corresponsabilidad, descentralización territorial, capacitación de los agentes del sistema e integración (buscando superar la fragmentación actual de prestaciones y servicios).

CAPÍTULO 2

Cómo cuidamos hoy

Soledad Salvador (consultora de CEPAL)

Introducción

En este capítulo se presenta un diagnóstico de la situación de las cuatro poblaciones que deberá atender el SNC. Ellas son:

- las niñas y niños de 0 a 12 años, priorizando la población de 0 a 3 años,
- las personas mayores en situación de dependencia,
- las personas con discapacidad en situación de dependencia, y
- las cuidadoras y cuidadores (remunerados o no).

Para las cuatro poblaciones se describen las prestaciones relativas a los cuidados y su cobertura, según la información disponible, así como las prestaciones que se están desarrollando en el marco del diseño del SNC. Como para cuidar se requiere de "tiempo, dinero y/o servicios", las prestaciones asociadas al cuidado se clasifican en: prestaciones monetarias para cuidar, servicios de cuidado o que contribuyen a reducir el cuidado del hogar o la familia, y los permisos que se puedan obtener en el empleo para cuidar como licencias o mecanismos de reducción o flexibilización horaria (Salvador, 2011).

El diagnóstico que se presenta es a nivel nacional y en el capítulo 3 se presenta la desagregación territorial.

Diagnóstico para la población infantil

La población infantil se compone de los niños y niñas de 0 a 12 años de edad. La propuesta del SNC pone el énfasis en la población de 0 a 3 años porque es la más dependiente y la que está más desprovista de prestaciones para el cuidado.

A su vez, existe cierta preocupación por la reducción de la tasa de fecundidad (que desde el año 2004 se ubica por debajo del nivel de reemplazo[1]) y una de las explicaciones se basa en la fecundidad "insatisfecha por defecto". Como plantean Varela (2007) y Peri y Pardo (2006) las mujeres con mayor nivel educativo, y particularmente las que pertenecen a los sectores de ingresos medios, declaran tener menos hijos que los deseados por las dificultades para compatibilizar la vida familiar y laboral. En ese marco, proponen que la forma de socializar algunos costos de la maternidad y crianza de los hijos es proveer prestaciones para el cuidado que reduzcan el costo en las unidades familiares[2].

En una investigación realizada por Filardo y Planel (2012) se indaga sobre las actitudes y comportamientos reproductivos de mujeres y varones entre 25 y 40 años de diferentes niveles educativos con el propósito de analizar las "brechas de fecundidad" y las restricciones de contexto que identifican las personas que deseaban tener más hijos de los que efectivamente tuvieron, que podrían ser objeto de intervención pública. En ese estudio encuentran que la implementación de un sistema de cuidados que provea servicios para la atención de la primera infancia de forma universal es una decisión acertada del Estado para abordar los aspectos vinculados a la reproducción y la crianza. Se afirma que existen estrategias focalizadas a los sectores socioeconómicos de bajos recursos, pero la nueva emergencia de los cuidados como un punto neurálgico de la intervención del Estado se plantea en términos de la necesidad de su universalización. También se plantea en ese trabajo la necesidad de combinar prestaciones vinculadas a los servicios de cuidado y licencias porque *"el tiempo de padres y madres para 'estar' con sus hijos aparece sustanciado en los discursos"*. Se plantea que "*independientemente de que la universalización de estos servicios sea una solución al problema del tiempo dedicado al empleo o al estudio, no lo es al tiempo no dedicado a la construcción de un vínculo de calidad madre/padre-hijo/a*".

También, la Comisión Sectorial de Población en sus publicaciones más recientes de recomendaciones de política proponen los cuidados como un eje de políticas para contribuir a cerrar la brecha de fecundidad.

Por su parte, los resultados de la Encuesta Nacional sobre Representaciones Sociales sobre el Cuidado muestran que 79% de los varones y 72% de las mujeres optarían porque

1 Ello significa que la población no tiene la capacidad de sustituirse a sí misma, ya que el promedio de hijos por mujer no alcanza el límite necesario para el reemplazo de la población. La tasa de reemplazo es 2,1 mientras la tasa de fecundidad en 2004 llegó a 2,08 (Varela, 2007).

2 Un desarrollo más exhaustivo sobre la relación entre las decisiones de fecundidad y los cuidados se realiza en el capítulo 8.

el cuidado de niños y niñas menores de 2 años durante la jornada laboral se resolviera a través de cuidados domiciliarios, pero gran parte de la población optaría por el cuidado infantil en centros de calidad para niños y niñas de 2 y 3 años de edad (Batthyány, Genta y Perrota, 2013).

La oferta de servicios de cuidado infantil (0 a 3 años)

Los centros que brindan atención a los niños de 0 a 3 años de edad se componen de los centros de educación en la primera infancia (0 a 2 años) y los centros de educación inicial (3 a 5 años), como lo define la Ley General de Educación Nº 18.437, de diciembre de 2008.

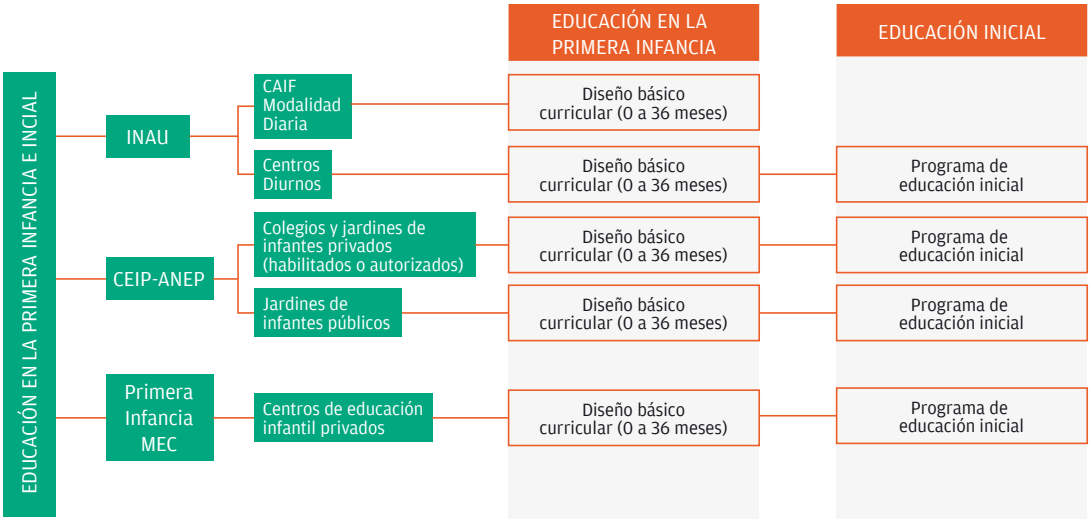
Los centros de educación en la primera infancia que brinda el sector privado se componen principalmente de los "Centros de educación infantil privados" que regula y supervisa el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), y los colegios y jardines de infantes habilitados o autorizados por el Consejo de Educación Inicial y Primaria (CEIP) de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP).

Por su parte, el sector público brinda atención a través de variadas instituciones públicas y privadas y mediante diferentes modalidades de gestión, supervisión y financiamiento. Por un lado, se encuentran los jardines públicos del CEIP-ANEP que son gestionados, financiados y supervisados por el propio Consejo. Por otro lado, el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) brinda Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF) que son administrados y gestionados por privados, pero con financiamiento y supervisión estatal a través de INAU, así como también hay Centros Diurnos del INAU que son gestionados, supervisados y financiados por el propio Instituto. Los centros del Programa Nuestros Niños de la Intendencia de Montevideo (IM) tienen una modalidad de gestión y funcionamiento similar a la de los CAIF, pero son supervisados por el MEC.

En los dos primeros años de vida, la cobertura mayor es de los centros privados porque la oferta estatal para esa población es reducida. Los centros CAIF que son los que tienen mayor cobertura territorial brindan solo el Programa de Experiencias Oportunas para los niños de esa edad, que consiste en una modalidad de atención semanal. A partir de esa edad, la cobertura de los CAIF es diaria y, de esa forma, se expande significativamente. Los Centros Diurnos del INAU brindan atención de 4 y 8 horas a las/os niñas/os desde los 3 meses a los 3 años pero la cobertura es reducida. Hay solo 39 centros, 9 en Montevideo y el resto en el interior, que cubren 3.053 niños (según cifras de INAU, 2013).

Por lo tanto, hay tres entes del Estado que regulan y supervisan los centros de educación en la primera infancia y de educación inicial, y un ente rector del sistema presidido por el MEC que es el Consejo Coordinador de Educación en la Primera Infancia (CCEPI). Dicho órgano aprueba los requisitos necesarios para la autorización y funcionamiento de todos los centros, y sugiere y recomienda a los organismos competentes en la materia que avancen en su aplicación. Entre ellos, lo referido al proyecto educativo institucional debe estar fundamentado en los lineamientos del Diseño Básico Curricular para niños y niñas de 0 a 36 meses (MEC, Dirección de Educación, Área de Educación en la Primera Infancia, 2006) y del Programa de Educación Inicial y Primaria (ANEP, 2008) para aquellos centros que atienden también población de 3 años en adelante.

Gráfico 1. Estructura organizacional del sistema nacional de educación para la población de 0 a 3 años. Año 2012



Fuente: elaboración propia en base a MEC (2012)

Cuadro 1. Alumnos matriculados en educación en la primera infancia e inicial por forma de administración y órgano regulador, según edad. Año 2012

Edad	INAU		CEIP-ANEP		MEC	TOTAL
	MIXTO	PÚBLICOS		PRIVADOS		
	CAIF	Centros diurnos	Jardines de infantes	Colegios y Jardines habilitados	Centros de Ed. infantil privados	
0	5.441*			2.126	760	6.201
1	11.848*		100		3.454	17.428
2	12.680			4.727	6.364	23.871
3	12.091		6.999	6.259	6.189	31.538
Total	**42.060**		**7.099**	**13.112**	**16.767**	**79.038**

Nota: el Programa Nuestros Niños de la IM se encuentra incluido dentro de la matrícula de los centros de educación infantil privados, porque es regulado por el MEC. La cantidad de niñas y niños atendidos por los Centros Diurnos de INAU en 2013 fue 2.276 (fuente: SIPI).
* Estas cifras en su gran mayoría se componen de las/os niñas/os que concurren a la modalidad de atención semanal (Experiencias Oportunas) de los CAIF.
Fuente: elaborado en base al *Anuario Estadístico de Educación 2012* del MEC.

Cobertura de los centros de educación en primera infancia y educación inicial

Las niñas y niños de 0 a 3 años atendidos por el sistema educativo en 2012 eran 79.038, lo que representa el 42,5% del total. Pero ello incluye los niños y niñas de 0 y 1 año de edad que son atendidos por los centros CAIF en la modalidad de Experiencias Oportunas. Esta modalidad no es considerada una prestación de cuidados por el GT de Cuidados del Consejo Nacional de Políticas Sociales. Por lo tanto, si se restan esos niños, la proporción se reduce a 33,2%. De ellos, 38% pertenece al sector privado (centros infantiles y colegios y jardines habilitados), 11% al sector público (jardines de infantes y centros diurnos) y 51% a los CAIF.

Según edad, hasta los dos primeros años de vida la cobertura de servicios de cuidado es casi totalmente privada, para las/os niñas/os de dos años se distribuye en forma similar entre CAIF y privados, y para las/os niñas/os de tres años la oferta de jardines públicos del CEIP es también significativa (alcanzando al 22% de las/os niñas/os), y el resto se divide entre CAIF y privados. Dado que para un desarrollo infantil adecuado es oportuno que las/os niñas/os luego del año concurran a un centro de cuidado, la oferta pública o gratuita (CAIF) se incrementa a partir de esa edad. La cobertura total de los servicios que es de 2% y 12% en los dos primeros años de vida se eleva a 51% y 67% en las edades de 2 y 3 años (según la matrícula del MEC y las proyecciones de población del INE).

La baja cobertura de la oferta pública en los dos primeros años de vida (0 y 1 años de edad) se corresponde con jornadas más extensas de cuidado infantil en centros privados. Cuando aumenta la cobertura pública la extensión de la jornada se reduce a 4 horas.

Cuadro 2. Extensión de la jornada en los centros de cuidado infantil. Total del país. Año 2013, en porcentajes

Edad	Jornadas promedio en el total de centros		Cobertura en Centros privados
	4 horas	más de 4 horas	
0-1	45	44	80
2	65	27	48
3	70	26	44

Fuente: elaboración propia en base a ECH (2013).

Los datos de la Encuesta de Hogares del INE para 2013 muestran una cobertura similar: 3,1% para 0 años, 12,5% para 1 año, 45% para 2 años y 60,4% para 3 años. Ello es relevante para poder analizar otra información referida a las características de los hogares y las familias de las/os niñas/os que concurren a estos centros y la extensión horaria de la asistencia de estas/os niñas/os a los centros de educación y cuidado.

La asistencia a centros de cuidado infantil es superior en Montevideo respecto del interior del país. Ello está asociado a la actividad laboral de la madre: la tasa de actividad en Montevideo es más alta para todos los estratos socioeconómicos (Salvador, 2007). Y dada la mayor concentración de población en la capital del país, la oferta de servicios privados es más importante[3]. A su vez, el tipo de servicios que ofrece se adecúa mejor a las necesidades de cuidado de las madres que trabajan en forma remunerada (mayor extensión horaria).

3. Los centros privados supervisados por el MEC tienen mayor presencia en Montevideo (60,7 en 2012), en tanto que los CAIF y Diurnos-INAU y los centros dependientes del CEIP la tienen en el resto del país (76,1 y 61,9). Los centros regulados por INAU han aumentado su presencia en el interior (MEC, 2012).

Para todo el país, también hay diferencias significativas según quintil de ingresos del hogar. En el caso de las/os niñas/os de 3 años, en el primer quintil de ingresos la asistencia es del 44%, en el segundo 57%, en el tercero 69%, en el cuarto 77% y en el quinto quintil 95%.

Por su parte, estas/os niñas/os viven principalmente en hogares de tipo biparental, seguidos por los hogares extendidos y compuestos, y monoparentales (Montti, 2013). La asistencia a estos centros en cada estrato de ingresos está asociada, como se decía, a la actividad laboral de la madre, pero también al tipo de hogar. Como plantea Montti (2013), la composición de los hogares determina diferencias en cuanto a la disponibilidad de cuidados informales y la cantidad de perceptores de ingresos. En general, quienes viven en hogares monoparentales presentan mayores tasas de asistencia para toda edad, y aquellos que viven en hogares de tipo extendido y compuesto son los que presentan menores tasas de asistencia por edad. Esto podría estar reflejando diferencias en las redes de apoyo dentro del hogar: en los hogares monoparentales se concentran en una sola persona todas las responsabilidades de cuidado y de generación de ingresos, mientras que por lo general los hogares extendidos y compuestos cuentan con un mayor número de adultos (generalmente mujeres) que brindan cuidados a niños y niñas del hogar. Así, los hogares monoparentales tienen menos alternativas de cuidado informal dentro del hogar, utilizando con mayor intensidad los cuidados externos, mientras que los extendidos utilizan más intensamente los cuidados no remunerados dentro del hogar.

La atención de las/os niñas/os de 4 a 12 años de edad

Esta población es considerada en la propuesta elaborada por el GT sobre el SNC como población dependiente, que requiere de cuidados. No se prioriza su atención en una primera instancia por tener mayor cobertura dentro del sistema educativo nacional. El 90% de las/os niñas/os de 4 años está cubierto, así como el 99-100% de las/os niñas/os de 5 a 12 años de edad (MEC, 2014).

Por lo tanto, en esta población lo que interesa conocer es la extensión de la jornada escolar, dado el impacto que tiene en el desarrollo integral del niño/a así como también en la participación laboral de las madres, que está altamente correlacionada con la edad del hijo menor y aumenta a medida que estos crecen pasando de 60% cuando tienen 1 año a 80% luego de los 11-12 años de edad. Mientras la participación laboral de los padres es siempre elevada, ubicándose cercana al 100% (Montti, 2013).

En el nivel de 4 y 5 años la cobertura del sector público a través de las escuelas y los jardines de infantes es 76% (según ECH 2013 que se corresponde con la información del MEC, 2013). El resto es atendido por los colegios y jardines privados autorizados por ANEP, ya que los CAIF y centros privados regulados por el MEC pierden participación en este tramo etario.

El 80% de los niños y niñas de 4 y 5 años de edad atendidos por el sector público (incluidos los CAIF[4]) asisten a jornadas de 4 horas diarias, y solo 10% en horarios extendidos de 8 horas. Mientras, en el sector privado 22% asiste 8 horas o más, y solo el 60% concurre 4 horas.

En el nivel de primaria aumenta la cobertura pública a 84% y la asistencia a escuelas de tiempo completo (del sector público) es de 15%.

Por lo tanto, dado que la actividad laboral de las madres se relaciona fuertemente con la disponibilidad de servicios de cuidado, o escuelas que cubren la jornada laboral, se deberán desarrollar servicios a contrahorario para atender a esta población.

Actualmente existen los Clubes de Niños del INAU que están orientados a niños, niñas y adolescentes de entre 5 y 12 años de edad (excepcionalmente hasta 14 años y 11 meses) preferentemente residentes en la zona de influencia del club, que se encuentren en situaciones de vulnerabilidad social. Es una propuesta de atención integral de tiempo parcial que contribuye al proceso socioeducativo de niños/as. Son espacios para el apoyo escolar, de recreación y socialización, complementando los de la educación formal, y amplían el tiempo de cuidado infantil (hasta 9 ó 10 horas, incluyendo la escuela) (MIDES, 2014). Según las cifras de INAU (2013) hay 14.809 niñas/os atendidos bajo esta modalidad.

A su vez, hay un porcentaje reducido de niñas, niños y adolescentes son atendidos por el INAU en régimen de tiempo completo a través del Programa de Acogimiento Familiar (cuidado en hogares particulares que reciben una transferencia monetaria del INAU) y los Centros de Atención Integral a niños, niñas y adolescentes en hogares colectivos del INAU.

Prestaciones desarrolladas en el marco del Sistema Nacional de Cuidados

En este apartado se presentan las acciones que se han desarrollado en el marco de la propuesta aprobada por el Gabinete Social del SNC referidas a cuidado infantil.

4. En 2012, 3.560 niñas/os de 4 y 5 años asistían a CAIF (un 3,6% del total), según MEC (2012).

Cuidado e Inclusión Socioeducativa para la Primera Infancia (CISEPI)

El programa Cuidado e Inclusión Socioeducativa para la Primera Infancia se enmarca en el SNC, funciona en la órbita de la División Socioeducativa de la Dirección Nacional de Desarrollo Social del MIDES. Haciendo énfasis en la primera infancia, se busca promover el desarrollo armónico de los aspectos intelectuales, socioemocionales y psicomotores, en estrecha relación con la atención de la salud física y mental.

Es un programa que se desarrolla a partir de julio de 2013 en base a dos líneas de trabajo:

- Coordinar con el sector público la articulación de la oferta de servicios de cuidado y educación en primera infancia. Para esto se han desarrollado canales de comunicación y coordinación con el Área de Primera Infancia de la Dirección Nacional de Educación del MEC, el Plan CAIF del INAU, la Inspección de Privados e Inspección Nacional de Educación Inicial del CEIP-ANEP, el programa Uruguay Crece Contigo de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP). Para profundizar esta articulación, está prevista la instalación de una mesa de coordinación permanente entre dichas instituciones. Por otro lado, en caso de ser necesario, se brinda una prestación de transporte para garantizar el acceso a las familias cuyos hijos o hijas asisten a centros públicos.
- Brindar a los programas sociales una prestación de cuidado e inclusión en Centros de Educación Infantil Privados autorizados o habilitados. En caso de no existir oferta pública disponible para la atención de niños y niñas entre 0 y 3 años de edad para las familias participantes de programa sociales, el CISEPI realiza las gestiones para la inclusión en los centros privados autorizados o habilitados, en coordinación con los equipos derivantes y las familias. El niño es incluido totalmente en la propuesta que brinda el centro, en igualdad de condiciones respecto a los otros niños que asisten. La prestación implica el pago de la cuota mensual, la matrícula en caso que corresponda, los gastos de materiales, uniformes y paseos, así como el pago de boletos para los referentes adultos que trasladan al niño al centro. En todos los casos, los pagos se realizan directamente desde el MIDES al centro luego de la firma de un contrato de gestión. Desde el programa también se realiza el apoyo a los centros en el proceso de inclusión de las familias, en coordinación con el MEC y el CEIP-ANEP.

Los objetivos del programa son:

- Contribuir a la ampliación y consolidación de la oferta pública de cuidado y educación infantil mediante la coordinación interinstitucional y el apoyo a la consolidación de políticas.
- Promover la atención integral a las familias que forman parte de su población objetivo mediante la inserción de niños y niñas de 0 a 3 años en Centros de Educación Infantil.

El programa está dirigido a niños y niñas de 0 a 3 años pertenecientes a hogares beneficiarios de determinados programas sociales. Durante 2013 y 2014 estuvo dirigido a familias de programas prioritarios: Jóvenes en Red, Uruguay Crece Contigo y Cercanías; incluyéndose posteriormente el Programa de Atención a Personas en Situación de Calle, Uruguay Trabaja y otras estrategias de empleo protegido del MIDES. Asimismo, se prevé ampliar esta cobertura durante 2015. En su etapa inicial el programa se desarrolló en el marco del Plan 7 Zonas para luego extenderse a toda el área metropolitana. En el transcurso del año 2014 se incluyeron los departamentos de Artigas, Rivera, Cerro Largo, Salto y Paysandú, previéndose para 2015 la ampliación a otros departamentos del país en función de las necesidades locales.

Uno de los aspectos del programa en los cuales se observa mayores impactos es en relación al desarrollo infantil. Los niños presentan mejoras en dimensiones como el lenguaje, la marcha, el relacionamiento y la incorporación de hábitos. Esto se produce debido a que existe una mejora en la calidad de los cuidados que reciben, tanto por asistir a un centro especializado, como por la forma en que este recurso potencia el rol de cuidadores de las familias, al permitirles incorporar información, herramientas y pautas de crianza. En este sentido, los centros infantiles se convierten en referentes de consulta para las madres. También se observa que liberar esas horas de cuidado de los adultos ha repercutido en una mejora de la calidad del tiempo compartido con los niños, tal como las madres comentan en las entrevistas.

Por otra parte, el programa busca, a través de la liberación del tiempo de cuidado, favorecer la inclusión educativa y laboral de los referentes familiares del niño. En algunos casos, recibir esta prestación de cuidados es fundamental para que la madre pueda vincularse al mundo del empleo. Sin embargo, existen ciertas rigideces del mercado de trabajo que impiden el fácil acceso al empleo de parte de estas familias que viven en situación de vulnerabilidad. Por otra parte, los equipos técnicos que trabajan con las familias perciben que recibir esta prestación potencia el compromiso de los referentes adultos con su proyecto personal. Por un lado, porque acceder a centros de educación inicial privados es muy valorado por ellos y esto los empuja a emprender sus proyectos; además, porque el disponer de tiempo ha permitido problematizar su situación laboral y educativa. Este proceso se ve también favorecido porque la participación en el programa ha contribuido a que las/os niñas/os y sus madres puedan visualizarse como indivi-

duos independientes, lo cual posibilita que estas proyecten actividades propias.

Síntesis de la oferta y demanda de prestaciones para el cuidado infantil

- Los servicios de cuidado infantil abarcan a un tercio de la población de 0 a 3 años de edad. Pero ello varía mucho según edad: en 0 años es 2%, en 1 año es 12%, en 2 años es 51% y en 3 años es 67% (según datos de cobertura del MEC y proyecciones de población del INE).
- A su vez, la cobertura de 0 y 1 años es casi totalmente privada, ya que los servicios de Experiencia Oportuna de los CAIF que implican solo una concurrencia semanal con la madre no se consideran servicio de cuidado.
- Para las niñas y niños de 2 y 3 años la cobertura del sector público (incluyendo CAIF) es mayor (50% en dos años y 60% en tres). En 3 años contribuye la oferta de los jardines de CEIP-ANEP, que es un 22% del total.
- El tiempo de concurrencia a los centros se reduce a medida que aumenta la oferta pública. De las/os niñas/os de 0 y 1 año que concurren a servicios de cuidado infantil privados casi la mitad lo hacen en jornadas mayores a 4 horas. Pero entre 65% y 70% de las/os niñas/os de 2 y 3 años concurren en jornadas de 4 horas.
- Entre los mayores de 4 años, se sigue evidenciando el mismo fenómeno, aumenta la cobertura pública a 76% en 4 y 5, y 84% de 6 a 12 años, y la jornada es parcial para 80% de las/os niñas/os de 4 y 5, y el 85% de las/os niñas/os de 6 a 12 años.
- El servicio público que permitiría cubrir la jornada escolar son los Clubes de Niños, pero están dirigidos a población vulnerable y abarcan 14.809 niñas/os de 5 a 12 años.
- Entre las nuevas prestaciones del SNC el CISEPI es una opción interesante para contribuir con el cuidado de los más pequeños cuando la oferta pública no está disponible, pero por ahora solo está dirigido a la población que participa en determinados programas. Esos programas, a su vez, están focalizados en población vulnerable, lo cual limita el acceso de las trabajadoras o mujeres desempleadas que buscan insertarse en el mercado laboral pero tienen dificultades para conciliar la vida familiar y laboral por no disponer de recursos suficientes para acceder a los servicios que brinda el sector privado.
- Por lo tanto, las necesidades de cuidado para la población de 0 a 3 años se vinculan con el aumento de la oferta de servicios y el acceso de las familias a ellos, a través de servicios públicos o privados (mediante la modalidad de bonos). O, en el caso de los más pequeños, ampliando las prestaciones para el cuidado en el hogar a través de licencias o reducciones horarias de los adultos y la prestación de servicios de cuidados domiciliarios.
- Para la población de 4 a 12 años de edad se requieren servicios o prestaciones para el cuidado a contrahorario escolar.

Diagnóstico para las personas mayores en situación de dependencia

Según los datos del Censo de Población y Vivienda 2011, las personas de 65 años y más son 463.768 y representan el 14% de la población total. Es una población mayoritariamente femenina (60% son mujeres) y envejecida ya que el 27% tiene más de 80 años de edad. Pero como las mujeres tienen mayor esperanza de vida, dentro del tramo de 80 y más su participación es significativamente mayor (67,6%).

El incremento en la demanda de cuidados de las personas mayores está asociado a cuatro dimensiones (GT 2012):

- el peso creciente del grupo de las personas mayores de 80 años,
- el aumento de los hogares unipersonales entre las personas mayores,
- una menor disponibilidad de redes de apoyo para el cuidado,
- un aumento de la dependencia por incidencia de las enfermedades crónicas.

Esta realidad refleja un avance en materia de desarrollo humano: las personas viven más tiempo gracias a los adelantos y la mejor de la calidad de vida de la población. Sin embargo, también presenta desafíos vinculados a que una mayor longevidad no amenace las condiciones en las que se desarrolla la vida de las personas mayores. Es por esto que los desafíos en materia de políticas públicas se vinculan a garantizar las condiciones económicas, sociales y sanitarias para que este alargamiento de la vida pueda llevarse a cabo, garantizando los derechos de las personas de avanzada edad.

Por su parte, la Encuesta Nacional sobre Representaciones Sociales sobre el Cuidado muestra que para la población en general las familias tienen una fuerte expectativa de que los padres y madres adultos/as mayores sean cuidados/as por sus hijos/as y que estos/as asuman casi todas las tareas de cuidado. Las mujeres se sienten más obligadas que los varones a asumir casi todas las tareas de cuidado. Se perciben cambios en la expectativa de las generaciones más jóvenes sobre quién debe asumir el cuidado de padres y madres, pero no está claro si ello implica un cambio generacional en las pautas de distribución del cuidado o simplemente es el resultado de la edad y la distancia en relación a la situación de ser cuidado que tienen los más jóvenes (Batthyány, Genta y Perrota, 2013).

Caracterización de la población adulta mayor en situación de dependencia

Como no se dispone de información precisa sobre la población adulta mayor que se encuentra en situación de dependencia, solo puede realizarse una aproximación a la pobla-

Cuadro 3. Presencia de limitaciones en las personas mayores, según nivel de dificultad. En número de personas

Nivel de dificultad	Ver (aun con lentes)	Oír (aun con audífonos)	Caminar o subir escalones	Entender y/o aprender
No tiene dificultad	318.519	367.956	315.398	416.641
Sí, alguna dificultad	93.146	56.861	80.977	17.701
Sí, mucha dificultad	27.391	15.440	36.543	5.403
Sí, no puede hacerlo	2.457	1.256	8.595	1.768

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos del Censo de Población y Vivienda 2011.

ción adulta mayor que posee alguna limitación moderada o severa según el Censo de Población y Vivienda de 2011. Luego, se presentan los resultados de la "Encuesta de detección de población adulta mayor dependiente", realizada en 2012 en el marco del convenio NIEVE-MIDES. Pero, en ese caso, como la muestra es reducida y se encuentra que solo 16% tendría algún tipo de dependencia, entonces el análisis de la información queda bastante acotado por la escasez de representatividad de la muestra. Lo mismo sucede con la encuesta de uso del tiempo aplicada en 2013 por el INE que tiene dificultades para identificar el cuidado de adultos mayores en situación de dependencia porque son muestras pensadas para el análisis de un conjunto más amplio de la población. Ello sugiere la necesidad de hacer estudios específicos para identificar las necesidades y demandas de cuidado de esa población.

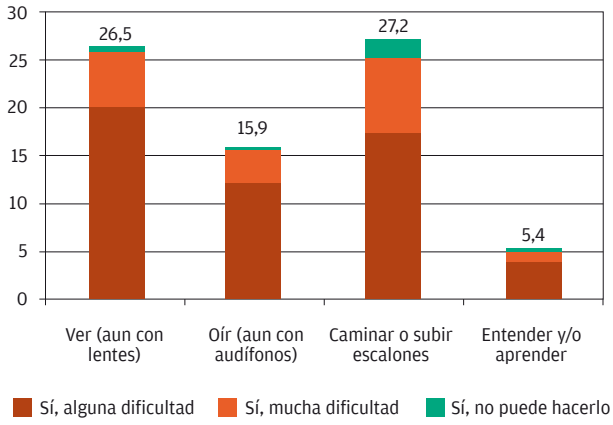
Análisis en base al Censo de Población y Vivienda de 2011

El Censo de Población y Vivienda 2011 identifica para cada persona si posee alguna limitación para ver, oír, caminar o subir escalones y entender o comprender, y la clasifica según el nivel de gravedad ("alguna dificultad", "mucha dificultad" o "no puede hacerlo")[5]. El análisis se profundiza para quienes presentan los dos mayores niveles de dificultad ("mucha dificultad" o "no pueden hacerlo") lo que, según el trabajo de Núñez (2013), se asocia a quienes podrían presentar "dependencia moderada" o "severa".

Una primera constatación importante es que la gran mayoría (más del 70%) de la población adulta mayor no presenta limitaciones de ningún tipo. Ello significa que las acciones que deberían desarrollarse para dar atención a personas mayores en situación de dependencia se limitan a una porción reducida del total. A su vez, entre quienes tienen alguna limitación la mayor parte posee el nivel más bajo de gravedad ("alguna dificultad"), que se asimilaría a "dependencia leve". Respecto a las limitaciones que presentan mayor dificultad ("mucha dificultad" o "no pueden hacerlo") que podrían generar "dependencia moderada o severa", en el tipo de limitación que reúne más personas ("Caminar o subir escalones") llegan a ser solo 10% del total (unas 45.000 personas). Ello es importante de tener en cuenta tanto cuando se busca investigar sobre esta población (por lo mencionado anteriormente respecto a la representatividad de las muestras), como por los posibles costos que se cree que puede generar desarrollar prestaciones de cuidado para esta población.

El análisis según tipo de limitación muestra que las limita-

Gráfico 2. Prevalencia de limitación entre las personas mayores según tipo y nivel de dificultad. En porcentajes



Fuente: elaborado propia en base a los microdatos del Censo de Población y Vivienda 2011

ciones para "caminar o subir escalones" y para "ver" son las más significativas (entorno al 26-27% de la población adulta mayor), pero la que presenta mayores dificultades es la limitación para "caminar o subir escalones".

La cantidad de adultos mayores con al menos una limitación que generaría dependencia moderada o severa es 75.925, que representa el 16,4% del total. Dicha proporción es mayor para las personas mayores de 80 años y para las mujeres en todos los tramos de edad. Por lo tanto, las mujeres no solo tienen mayor probabilidad de ser dependientes por tener una mayor esperanza de vida, sino también porque la prevalencia de limitaciones moderadas y severas entre las mujeres es mayor.

Las personas mayores a medida que envejecen tienden a vivir en hogares unipersonales y extendidos, porque las parejas se van reduciendo cuando uno de los dos fallece (Cuadro 5 y A1 del Anexo estadístico). A pesar de que la presencia de personas con limitaciones moderadas o severas es

5 Respecto a las limitaciones para ver y oír la pregunta del censo es si la persona tiene una dificultad permanente para "Ver, aun si usa anteojos o lentes" o para "Oír, aun si usa audífono".

Cuadro 4. Personas mayores con alguna limitación moderada o severa, según sexo y tramos de edad, y su incidencia en el total

Tramos de edad	Número de personas			Incidencia ( )		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
65-74	9.279	16.771	26.050	8,7	12,2	10,7
75-79	5.200	10.528	15.728	14,1	18,5	16,8
80 y más	9.359	24.788	34.147	22,9	29,1	27,1
Total	**23.838**	**52.087**	**75.925**	**12,9**	**18,6**	**16,4**

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos del Censo de Población y Vivienda 2011.

Cuadro 5. Tipo de hogar de las personas mayores con limitaciones moderadas y severas, según tramo etario. En porcentajes

Tipo de hogar	65-74	75-79	80 y más	Total
unipersonal	24,6	28,4	29,7	27,7
pareja sola	28,4	26,7	17,6	23,2
pareja e hijos	9,0	5,6	3,2	5,7
jefe e hijos	6,3	6,3	6,5	6,4
trigeneracional	5,1	5,7	6,3	5,8
extendido	22,4	23,3	31,3	26,5
compuesto	4,1	4,1	5,4	4,7
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos del Censo de Población y Vivienda 2011.

más significativa entre los hogares extendidos, trigeneracionales y compuestos, hay 20.903 personas con esas limitaciones que viven solas y la mitad tiene más de 80 años de edad (Cuadro 6).

Dado que en el censo no se dispone de información sobre los ingresos de las personas ni del hogar no es posible realizar un análisis de la distribución de esta población con algún nivel de dependencia por estrato socioeconómico.

Análisis en base a la Encuesta NIEVE-MIDES (2012)[6]

La única información disponible sobre las características de la población adulta mayor en situación de dependencia en función de ciertas actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABVD y AIVD) se obtuvo a través de la "Encuesta de detección de población adulta mayor dependiente" realizada en 2012 en el marco del convenio NIEVE-MIDES. Dicha encuesta consultó a las personas mayores de 65 años sobre sus posibilidades para desarrollar sin ayuda seis tipos de ABVD (bañarse o lavarse; vestirse y desvestirse; usar el baño; acostarse y levantarse de la cama/sentarse y levantarse de la silla; llevarse comida a la boca; caminar dentro de su casa) y seis AIVD (hacer las compras; realizar quehaceres ligeros; realizar quehaceres pesados; manejo del dinero; desplazarse a lugares fuera de la casa solo/a; organizar y tomar medicamentos).

Esta definición operativa permite identificar claramente dos perfiles de adultos mayores: independientes funcionalmente y con algún tipo de dependencia. El primer grupo está constituido por aquellas personas que declararon no necesitar ayuda para realizar cualquiera de las ABVD y AIVD estudiadas. A su vez, el grupo de personas con algún tipo de dependencia fue distribuido en dos categorías según la severidad de la dependencia y necesidad de ayuda: personas en situación de Dependencia Severa a Moderada y Personas en situación de Dependencia Leve. Se busca así operativizar la variable dependencia funcional, en el entendido de que cada grupo presenta diferentes grados de dependencia y requiere acciones diferenciadas para garantizar sus derechos:

1. Personas en situación de Dependencia Severa a Moderada (DSaM). Incluye a personas que declararon necesitar ayuda en una o más ABVD. Se trata de una población en alto riesgo que se encuentra con un fuerte compromiso o imposibilidad de sobrevivir por sí misma sin ayuda.
2. Personas en situación de Dependencia Leve (DL). Incluye a aquellos que declaran no necesitar ayuda en alguna ABVD, pero que sí necesitan ayuda para alguna AIVD. Se trata de un grupo que, si bien mantiene niveles de independencia funcional básicos, necesita algún tipo de ayuda instrumental para mantener su vida independiente.

De las 804 personas encuestadas, 131 (16,3%) declaran tener algún tipo de dependencia en las ABVD o en las AIVD, y 673 (83,7%) declaran no necesitar ayuda. Según tipo de dependencia, el 10% presenta DL y el 6,3% DSaM.

Distribuidos por sexo y edad puede apreciarse que las situaciones de dependencia impactan mayoritariamente en mujeres y en el grupo de mayor edad: el 22,8% del total de mujeres entrevistadas y el 6,5% de los hombres manifiestan tener algún tipo de dependencia. Lo mismo sucede con el 10,3% de las personas en la franja de 65-74 años, contra el 23,1% de la franja de 75 y más.

Dentro del grupo de personas con DSaM, el 44% manifiesta necesitar ayuda para realizar cuatro o más ABVD y el 30% para realizar dos o tres ABVD. El 26% restante manifiesta necesitar ayuda para una ABVD.

Respecto al tipo de ABVD para la que se necesita ayuda, aproximadamente tres de cada cuatro personas señala bañarse o lavarse (76%), y/o vestirse y desvestirse (70,6%). A su vez, más de la mitad plantea necesitar ayuda para caminar dentro de su casa (52,9%), acostarse o levantarse

6 Este apartado está elaborado en base al informe de Paredes, Pérez, González y Guidotti (2013).

Cuadro 6. Tipo de hogar de las personas mayores con limitaciones moderadas y severas, según tramo etario. En número de personas y su incidencia en el total. En porcentajes

Tipo de hogar	Número de personas				Incidencia ( )			
	65-74	75-79	80 y más	Total	65-74	75-79	80 y más	Total
unipersonal	6.387	4.455	10.061	20.903	11,7	16,9	26,8	17,6
pareja sola	7.379	4.183	5.970	17.532	8,9	14,5	23,2	12,7
pareja e hijos	2.349	874	1.082	4.305	8,7	15,0	25,3	11,6
jefe e hijos	1.645	989	2.197	4.831	12,2	18,6	29,6	18,4
trigeneracional	1.315	888	2.149	4.352	13,7	22,2	34,5	21,9
extendido	5.808	3.644	10.598	20.050	13,5	21,2	35,0	22,2
compuesto	1.077	638	1.831	3.546	15,3	23,3	37,9	24,3
Total	**25.960**	**15.671**	**33.888**	**75.519**	**10,9**	**17,3**	**29,2**	**17,0**

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos del Censo de Población y Vivienda 2011.

(52,9%), y/o usar el baño (51%). Finalmente, el 37,3% necesita ayuda para llevarse comida a la boca.

Actualmente solo 64% del grupo con DSaM declara recibir ayuda, mientras el restante 36% manifiesta no recibirla. Distribuidos por sexo, no se aprecia una diferencia importante en la recepción de ayuda, pues el 40% de los hombres y el 35% de las mujeres que necesita ayuda plantea no recibirla.

Distribuida la población con DSaM por edad, el grupo que recibe menos ayuda es el de menor edad, donde el 61,5% manifiesta no recibirla. En el grupo de mayor edad, el porcentaje de personas que no reciben ayuda disminuye a 27%.

Si se considera que el grupo de personas con DSaM necesita una ayuda continua para sobrevivir, no deja de ser llamativo el alto porcentaje de personas que declaran no recibir ayuda. Los motivos que los encuestados señalan para no recibir ayuda son múltiples y de diferente tipo. Esto puede deberse a una tendencia a declarar menos ayuda que la que realmente se recibe, o a que se trata de un grupo que sobrevive con gran riesgo y en condiciones muy elementales en cuanto a su calidad de vida. Estos aspectos deberían profundizarse en futuros estudios con diseños apropiados para ello.

Respecto a las personas que actualmente brindan ayuda para las ABVD, el 71,1% de las respuestas señalan que esta actividad es realizada por un familiar que vive en el hogar. Asimismo, en el 78,4% de las respuestas se indica que la ayuda recibida es diaria.

REDES DE APOYO DE LOS ADULTOS MAYORES (Paredes y otros, 2013)

Uno de los temas que más atención requiere a la hora de mirar la situación de las personas mayores es su configuración familiar, en tanto esta constituye sus redes potenciales de apoyo. Esta configuración adquiere un perfil específico en Uruguay porque más de la mitad de los adultos mayores viven solos o con su pareja. Ello pudo analizarse en base a la "Encuesta de detección de población adulta mayor dependiente" (NIEVE-MIDES, 2012) ya que las fuentes de datos tradicionales toman como unidad analítica el hogar y contemplan únicamente la configuración familiar en su interior. Por lo tanto es imposible evaluar con cuántas personas de la familia se vincula el adulto mayor aunque estas no vivan con él.

Principales resultados:

- La familia continúa siendo la principal red de apoyo de los adultos mayores. A pesar de que la pauta de convivencia que registra mayoritariamente la población adulta mayor es de hogar unipersonal o con otra persona de su misma generación, esto no implica que las personas mayores no cuenten con redes familiares que trascienden el hogar. De hecho, una enorme mayoría de la población adulta mayor tiene hijos y nietos, algunos de los cuales además viven próximos a su hogar, ya sea en el mismo barrio o en la misma ciudad. Solo una minoría de las personas mayores encuestadas tiene sus hijos viviendo en otra ciudad o en otro país.
- Las personas mayores mantienen contacto personal con sus familiares de una frecuencia semanal o quincenal y recurren al teléfono para activar este contacto más a menudo. Luego de los familiares, las redes de vecinos, si bien juegan un papel secundario, operan para un tercio de la población de adultos mayores. Finalmente, los amigos son los que se visitan con menos frecuencia.
- Por lo tanto, la presencia cercana de familiares es una realidad que predomina y estos operan como redes de apoyo potenciales. A ello se agrega la presencia de vecinos o amigos que contribuyen a configurar lo que aparentemente constituye una red de apoyo densa para el adulto mayor. Pero cabe aclarar que estas redes de apoyo son potenciales y escapan a la realidad que deberían enfrentarse si la persona mayor deja de ser autónoma y autoválida. Para ello es necesario avanzar en estudios específicos donde se registran estos casos y se configura una población ya definida como dependiente para evaluar las posibilidades que tienen estas redes de apoyo de operar de manera activa. Más allá del avance realizado en este trabajo es necesario realizar futuros estudios específicos y focalizados en la realidad de las personas mayores dependientes y sus necesidades de cuidados.

Dentro de las personas con DL que reciben ayuda en AIVD, la mayoría es para realizar quehaceres pesados (63,8%) y compras (58,8%). La actividad para la que menos ayuda reciben es tomar medicamentos (10%).

Respecto al tipo de hogar, si bien en el grupo con DSaM el 81,3% vive con otras personas, llama la atención que el 18,8% restante vive solo, lo que constituye un factor de riesgo importante en este grupo de dependencia. Por su parte, dentro del grupo de personas con DL, el 63,3% vive con otras personas y el 36,7% lo hace sola. Este último porcentaje también se puede considerar como un factor de riesgo alto para esta población.

Cuando los dos grupos de personas en situación de dependencia se analizan por nivel socioeconómico (NSE): las personas de NSE medio representan el 74,5% del grupo con DSaM y el 56,3 % del de DL. La dependencia severa y moderada se concentra en el NSE medio, y la leve en medio y bajo.

Oferta de servicios de cuidado para las personas adultas mayores en situación de dependencia

Residencias de larga estadía

En Uruguay la situación de las instituciones de larga estadía es disímil y compleja. En general se utilizan dos clasificaciones para agrupar a este tipo de respuesta de servicios: las instituciones que son administradas por una organización social sin fines de lucro (hogares), y las respuestas del mercado (residenciales) (GT 2012).

Las instituciones sin fines de lucro son administradas por organizaciones sociales y en general reciben aportes o exoneraciones por parte del Banco de Previsión Social (previo trámite de inscripción y solicitud de apoyo) o de gobiernos departamentales. Las instituciones privadas pueden estar o no habilitadas por el organismo competente. Desde enero de 2014 la regulación, habilitación y fiscalización le corresponde al MIDES (hasta ese momento era competencia del Ministerio de Salud Pública, MSP). De todas formas, el MSP mantiene su competencia y rectoría en materia de salud sobre los referidos establecimientos (artículo 298 de la Ley Nº 19.149 y su decreto reglamentario, 2657/014).

Según los datos del Censo 2011, en todo el país hay un total de 903 residencias de larga estadía, siendo algo menos de la mitad, unas 416, las radicadas en Montevideo y unas 487 en el interior del país (Thevenet, 2013).

Las instituciones residenciales sin fines de lucro son en el entorno de 90. Entre ellas se encuentran los 80 Hogares de ancianos en convenio con el BPS; el Hospital Hogar Dr. Piñeyro del Campo, en la órbita del MSP; la Red de Hogares de ASSE en el interior (siete hogares); y algunos otros promovidos por Intendencias Departamentales, de acuerdo a información del Inventario realizado en el GT en Cuidados (Pugliese, 2013).

Hogares de ancianos con apoyo del BPS y "cupos cama"

En la actualidad, el BPS apoya la labor de 80 Hogares de Ancianos (FCS-DS, 2012). El 76% están en el interior y 24% en Montevideo. Estas residencias sin fines de lucro atienden a una población de alrededor de 3.000 a 3.200 residentes, jubilados y/o pensionistas del BPS que aportan un porcentaje de su pasividad[7].

Una proporción reducida de los residentes de esos hogares son beneficiarios del Programa Cupo Cama, de Soluciones Habitaciones del BPS (que rige por el Decreto 360/2004)[8]. Este programa hasta el momento solo se ha implementado para los Beneficiarios y Aspirantes que ya ocupan viviendas del Programa de Soluciones Habitacionales del BPS y su condición física les impide valerse por sí mismos. Evaluada su discapacidad por un equipo técnico se deriva a un Hogar de Ancianos sin fines de lucro, que previamente haya firmado convenio con el BPS. El subsidio se compone con el aporte del 70% de la pasividad que percibe el jubilado o pensionista, y el 30% que aporta el BPS con recursos del Fondo Nacional de Vivienda para llegar al importe del subsidio. A febrero de 2014 el Programa amparó a 342 beneficiarios: 140 de Montevideo y 202 del interior[9].

El conjunto de hogares recibe apoyo del BPS a través de financiamiento para infraestructura y equipamiento, así como con capacitación técnica ofrecida por la Gerencia de Prestaciones Sociales. Los hogares, por su parte, tienen como misión brindar una asistencia integral al adulto mayor residente, tanto en lo relacionado con alojamiento, alimentación, cuidados médicos, enfermería, como con actividades recreativas y sociales.

Pugliese (2013) realiza un análisis interesante respecto a los requisitos de ingreso de estos hogares para evaluar en qué medida admiten adultos mayores en situación de dependencia. Su estudio concluye que *"cerca de la tercera parte de los requisitos para el ingreso que imponen los Hogares en convenio con el BPS están referidos a situaciones de dependencia y de salud de los aspirantes: que sea autoválido, que no tenga enfermedades psiquiátricas, ni Alzheimer y se realicen un control médico previo. A eso le sigue el contar con ingresos suficientes para aportar al financiamiento de los gastos ocasionados por su atención. Esto significa que las perso-*

7. Ese aporte no será superior al 50%, salvo consentimiento expreso del residente (según la Ley Nº 18.222, de diciembre de 2007); pero nunca superior al 70% (según la Ley Nº 17.829, de 2004).
8. Solo el 45,7% de los hogares de ancianos bajo la órbita del BPS recibía beneficiarios del Programa Cupo Cama en 2011 (FCS-DS, 2012).
9 Ver http://www.bps.gub.uy/3493/soluciones_habitacionales.html

nas más dependientes y más pobres, no acceden a los Hogares de ancianos, excepto por los cupos cama que otorga el BPS".

Pugliese (2013) también plantea que *"las limitaciones impuestas para el acceso tienen relación con las necesidades y problemas financieros de los Hogares: necesidad de ampliar la infraestructura y el equipamiento, y escasez de recursos económicos"*. Por ello, *"considera importante ahondar esta información, en instancias de consulta e intercambio con las personas voluntarias que dirigen estos Hogares, con la finalidad de encontrar entre todos los posibles caminos para solucionar problemas y carencias, así como apoyarlos con estrategias de política que reconviertan a estas instituciones como servicios de cuidado". "Desde la óptica de los cuidados un servicio residencial de larga estadía debería estar dirigido a la atención de la dependencia, ya sea leve, moderada o severa, sin imponer limitaciones a patologías derivadas del deterioro físico o psíquico. Porque en definitiva, esta es la necesidad que están destinados a cubrir"*.

Red de Hogares de ASSE en el interior

Hay 7 hogares de ASSE en el interior que desarrollan servicios de larga estadía. Dos de ellos están gestionados directamente por ASSE (Salto y Trinidad/Flores) y 5 mediante convenios con asociaciones civiles (Paso de los Toros, Durazno, Minas, Florida, Treinta y Tres).

Hospital-Centro Geriátrico "Dr. Luis Piñeyro del Campo" (unidad de larga estadía y de media estancia y servicio de reinserción comunitaria

El centro geriátrico hospitalario está destinado a la atención geriátrica gerontológica integral de personas de 65 años y más de edad usuarias de ASSE de Montevideo, que reúnen además de la edad las siguientes condiciones: dependencia de causa física y/o mental de grado moderado a severo, situación socioeconómica precaria (ausencia absoluta y objetiva de entorno sociofamiliar continente e ingresos insuficientes) y no debe estar cursando ninguna patología aguda que requiera atención en hospital de agudos al momento del ingreso.

En las **Unidades de Larga Estadía** residen las personas que ingresan de forma definitiva al hospital. Son cuatro unidades que totalizan 300 camas y se denominan según el tipo de problema de salud que asisten: (A) Unidad de Alta Dependencia y Cuidados Paliativos, (B) Unidad de Semidependientes, (C) Unidad de Psicogeriatría y (D) Unidad de Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias graves.

También está la **Unidad de Media Estancia** de Rehabilitación y Convalecencia (UME). Es un servicio de 12 camas, de rehabilitación geriátrica, con una estadía promedio de 30 días, para usuarios provenientes de hospitales de agudos, convalecientes de problemas o secuelas de eventos agudos (hemiplejia, fractura de cadera, declinación funcional de cualquier causa) en donde se realiza una rehabilitación integral y, en el mismo proceso, un asesoramiento y capacitación de los cuidadores-familiares con el objetivo de lograr un alta de mejor calidad, adaptación del paciente y cuidador a la nueva situación y una coordinación precoz con los equipos del primer nivel de atención.

Para acceder a este servicio se exige ser mayor de 60 años, usuario de ASSE de Montevideo, disponer de vivienda o lugar físico adecuado de retorno al momento del alta, familia continente o persona responsable del paciente que se haga cargo de él durante la internación y en el momento del alta. A su vez, el paciente debe ser rehabilitable, o sea, no debe presentar bajo potencial de rehabilitación por su estado funcional previo, por la patología causante del síndrome de inmovilidad o por su cronicidad.

Servicio de Atención e Inserción Comunitaria (SAIC)

Es un servicio asistencial de base hospitalaria, que realiza y promueve la reinserción de usuarios adultos mayores en la comunidad en el contexto de familias sustitutas, donde un miembro de la familia actúa como cuidador rentado mediante un contrato de servicios.

El adulto mayor se inserta en el núcleo familiar como miembro y el servicio provee apoyo y asistencia multidisciplinaria (Geriatra, Psiquiatra, Licenciado en Enfermería, Asistente Social) desde el Hospital Piñeyro del Campo.

Se encuentra destinado predominante y prioritariamente a la absorción de altas desde unidades internas de larga estancia, por lo que solo excepcionalmente y con el visto bueno de la Dirección y el equipo de SAIC se considerarán otras situaciones.

Para ingresar a este servicio se requiere tener más de 65 años, ser usuario de ASSE, autoválido o con discapacidad física o intelectual leve, inexistencia de vínculos primarios y secundarios continentes en lo económico.

Población que habita en residencias de larga estadía (según Censo 2011)[10]

La población que vive en residencias de larga estadía ascendía en 2011 a 13.817 personas, de las cuales 11.560 son mayores de 65 años. El resto se compone el 16,5% de personas menores de 30 años, 20,4% entre 30 y 45 años, 23,5% entre 46 y 59 años, y casi 40% entre 60 y 64 años.

La población adulta mayor que vive en residencias de larga estadía está más feminizada que la población mayor de 65 años. El 73,8% de las personas mayores que residen en instituciones son mujeres, mientras esa proporción es del 60% para el total de la población adulta mayor.

El 52,2% vive en el interior del país y el resto en Montevideo. La proporción de mujeres es mayor en la capital que

10. En base al trabajo elaborado por Nicolás Thevenet (2013).

en el interior (80% respecto a 68%). Dado que hay unas 903 viviendas, en promedio viven 15,3 personas en cada una de ellas y 12,8 son adultas mayores. En Montevideo se censaron 416 centros de larga estadía, y el promedio es de 15,7 personas por centro; mientras que en el interior hay 448 lo que significa un promedio de 15,1.

El promedio de edad de las personas que viven en los centros es 76,1 años, observando importantes diferencias por sexo, siendo el promedio de edad de las mujeres de 79,7 años mientras que el promedio de los varones es de 70,4. Este resultado es consistente con el hecho de que la esperanza de vida de las mujeres es superior a la de los varones. Por lo tanto, la población que habita en centros de larga estadía se caracteriza por ser fuertemente feminizada y levemente envejecida.

Centros diurnos

Centros diurnos en hogares de ancianos del BPS

Existen 13 centros diurnos en hogares de ancianos que tienen convenio con el BPS: 3 en Montevideo y 10 en el interior. Y otros 4 centros diurnos en convenio con el BPS ubicados en Montevideo, Paysandú, Florida y Soriano. Según Pugliese (2007) la experiencia no ha sido muy exitosa ya que las personas mayores no han mostrado interés en concurrir.

Centro Diurno en el Hospital-Centro Geriátrico "Dr. Luis Piñeyro del Campo"

Este centro diurno cuenta con 40 plazas. Los criterios de ingreso son: ser mayor de 65 años, usuario de ASSE, pueden ingresar pacientes provenientes de IAMC en cupo limitado si existen plazas libres y no existe lista de espera de usuarios públicos, personas autoválidos para las AVD, con las facultades mentales preservadas o deterioro leve sin trastornos de conducta, ancianos sin patologías relevantes que condicionen incapacidad funcional, pero con problemas de incapacidad leves a moderadas rehabilitables con tratamiento indicado, situación de precariedad económica.

Centros diurnos de la IM

Hay dos centros diurnos gratuitos para adultos mayores que están a cargo de la Secretaría para el Adulto Mayor. Uno se ubica en Cordón y el otro en Parque Rivera (Carrasco). Hay un ómnibus que se encarga del traslado de los usuarios en la zona Este de Montevideo. Se trabaja con grupos de aproximadamente 70 personas, en su gran mayoría mujeres.

El perfil y condiciones de las personas que participan en el programa es: autoválidos, mayores de 60 años, por lo general con primaria completa, todos reciben algún tipo de ingresos, jubilación o pensión y viven solos o con un familiar (Batthyány, Alesina y Brunet, 2007).

Los servicios de compañía en sanatorios y domicilio

Existen, además, una serie de servicios de acompañamiento y servicios de enfermería a domicilio o en instituciones de salud (sanatorios, hospitales u otros) que se han desarrollado como consecuencia de la menor disponibilidad familiar para hacer frente a las necesidades de cuidado.

Los servicios de compañía brindan cuidado a personas enfermas o convalecientes en sanatorio o domicilio. Aguirre (2013) comenta que más allá de la importante presencia de adultos mayores entre sus socios, al consultarles sobre la posibilidad de brindar servicios de cuidado a adultos/as mayores, todas respondieron estar abiertas a esa opción en el futuro como forma de ampliar el mercado, pero que no es un servicio que brinden actualmente y, por tanto, no está disponible si alguien quisiera contratarlo. El costo de los servicios que brindan estás empresas varía de una a otra, siendo el más bajo de $ 350 mensuales por un servicio de 8 horas en sanatorio.

El estudio de Batthyány, Alesina y Brunet (2007) muestra que en el año 2006 un 60% de la población de Montevideo mayor de 65 años estaba afiliada a alguna empresa de servicio de compañía y el servicio más requerido por los socios era la compañía en sanatorio y, en segundo lugar, la compañía en domicilio.

Según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2005-2006 cerca del 11% de los hogares contrata servicio de acompañante (unos 118.800 hogares). El 55% de esos hogares son de la capital del país, y en el estrato alto y medio-alto la cobertura es del 19,8% y 17,5%.

El gran déficit del Estado es la regulación y control de estos servicios, que es inexistente respecto de las asistencias que brindan y de las condiciones laborales en que las brindan. Según Lessa (2007; citada en Pugliese, 2008), *"la gran mayoría de los servicios privados de compañía en Uruguay no se encuentran registrados en el MSP, ni existen controles sobre ellos respecto a los servicios que prestan. El MSP considera que solo le compete regular aquellos servicios que otorgan estrictamente atención en salud como los que incluyen servicios de enfermería"*. Lessa (2007) también menciona el alto costo de estos servicios, que resultan inaccesibles para muchos adultos mayores.

Pugliese (2008) también plantea que los servicios que ofrece el mercado no cubren todas las necesidades de cuidado de estas personas. Más allá de limitar la cobertura de cuidado en domicilio por el costo que insume, cuando la realizan no abarca las tareas cotidianas de compras para el hogar, limpieza, preparación de alimentos, etc.

Existen muy pocas experiencias de servicios comunitarios en el cuidado de adultos mayores. La que aún se encuentra en funcionamiento es el servicio que brinda la Comunidad Israelita del Uruguay. En su Departamento de Trabajo Social se desarrolla el Programa Servicio de Auxiliares Gerontológico (SAG), en el que se presta un servicio sin fines de lucro, con personal capacitado que recibe una remuneración como contrapartida de su servicio (Pugliese, 2008).

Nuevas prestaciones en función del SNC

Programa Inclusión en Cuidados que prevé transferencias económicas a establecimientos de larga estadía

Actualmente uno de los aspectos de mayor cuestionamiento e impacto político referido a los establecimientos de larga estadía tiene que ver con las situaciones de denuncias y dificultades de clausura. Para tener una herramienta que colabore a agilitar estos procedimientos se ha definido para 2014 la instrumentación de un programa a nivel nacional de transferencias económicas que permitan utilizarse para resolver situaciones con una alta complejidad socioeconómica y de dependencia.

El objetivo con dicho programa es otorgar transferencias a establecimientos que brindan cuidados de larga estadía. La población objetivo está compuesta por personas mayores de 65 años que presentan una situación de dependencia moderada a severa, priorizando en la primera etapa las personas mayores de 65 años con dependencia y que se encuentran en situación de vulnerabilidad socioeconómica, en situación de calle o que vivan solas en viviendas ruinosas o en refugios nocturnos.

Teleasistencia, BPS y ANTEL

BPS y ANTEL pusieron en marcha un piloto de teleasistencia para personas mayores beneficiarias de 6 Complejos de Viviendas del BPS en 5 localidades (Montevideo, San Carlos, Las Piedras, Fray Bentos y Salto) a partir de diciembre de 2013. Mediante este sistema, los adultos mayores residentes en dichos Complejos de Viviendas podrán recibir asistencia a distancia las 24 horas, los 365 días, en diferentes problemáticas que se les puedan presentar en su vida cotidiana, así como asistencia médica de emergencia en caso de requerirlo.

Este plan piloto es una iniciativa interinstitucional que involucra a BPS y ANTEL, con apoyo de la Cámara Uruguaya de Emergencias Móviles, Fundación ASTUR, el BID y la Cruz Roja Española[11].

11. Tomado de: http://www.bps.gub.uy/7296/se_inicia_teleasistencia_para_jubilados_y_pensionistas_residentes_en_complejos_habitacionales_del_bps.html

Síntesis de la oferta y demanda de servicios y prestaciones para las personas mayores en situación de dependencia

- El total de adultos mayores con limitaciones moderadas y severas según la información del Censo de Población y Vivienda 2011 asciende a 76.000, que representan el 16,4% del total. Esa población es asimilable a la población en situación de dependencia que debería ser cubierta por el SNC.
- Ello es consistente con los resultados de la encuesta NIEVE-MIDES (2012), que concluye que 16,3% de la población adulta mayor posee algún nivel de dependencia (10% leve y 6,3% moderada a severa).
- Las mujeres son una proporción relevante de esta población, no solo por tener una mayor esperanza de vida sino también porque la prevalencia de limitaciones moderadas y severas entre las mujeres es mayor.
- Entre la población con mayores dificultades se encuentra la limitación para caminar o subir escalones, que afecta a unas 45.000 personas; le sigue la limitación visual, que afecta a unas 30.000.
- Las personas con limitaciones moderadas o severas tienden a vivir en hogares extendidos, trigeneracionales y compuestos. Pero hay 20.903 personas mayores que viven solas y la mitad tiene más de 80 años de edad.
- Según la encuesta NIEVE-MIDES (2012), una proporción relevante de la población con dependencia severa a moderada manifiesta no recibir ayuda (36%).
- La dependencia severa a moderada se concentra en el estrato socioeconómico de nivel medio (74,5%), y la dependencia leve en el estrato medio y bajo.
- Los servicios disponibles para atender la población mayor en situación de dependencia son:
  - residencias de larga estadía: 11.500 personas mayores viven en estos hogares (2,4% del total) y en mayor medida son mujeres (74%). Solo 10% de los hogares se consideran sin fines de lucro (bajo la órbita del BPS y ASSE);
  - centros diurnos del BPS y ASSE;
  - servicios de compañía en sanatorios y domicilio: en su totalidad privados. El gran déficit del Estado es la regulación y control de estos servicios, que es inexistente respecto de las asistencias que brindan y de las condiciones laborales en que las brindan.
- Nuevas prestaciones en el marco del SNC:
  - El Programa Inclusión en Cuidados que prevé transferencias económicas a establecimientos de larga estadía para la inserción de personas mayores de 65 años que presentan una situación de dependencia moderada a severa, priorizando en la primera etapa las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad socioeconómica, en situación de calle o que vivan solas en viviendas ruinosas o en refugios nocturnos;

  - un Servicio de Teleasistencia (BPS y ANTEL) para personas mayores beneficiarias de 6 Complejos de Viviendas del BPS en 5 localidades (Montevideo, San Carlos, Las Piedras, Fray Bentos y Salto).
- Por lo tanto, la oferta pública de servicios y prestaciones para atender las necesidades de la población adulta mayor en situación de dependencia es muy insuficiente. Hay que desarrollar prestaciones y servicios para contribuir a resolver el cuidado de adultos mayores en situación de dependencia severa y moderada en un plazo reducido de tiempo. Para ello hay que considerar los distintos tipos de hogar donde habitan, para adecuar las soluciones a sus necesidades, buscando promover la autonomía pero no la institucionalización.
- También es importante avanzar en la regulación de los servicios de compañía en sanatorio y domicilio.

Diagnóstico para las personas con discapacidad en situación de dependencia

En el artículo 2 de la Ley Nº 18.651 se define persona con discapacidad quien *"padezca o presente una alteración funcional permanente o prolongada, física (motriz, sensorial, orgánica, visceral) o mental (intelectual y/o psíquica) que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral"*.

Como plantean Bagnato, Da Cunha y Falero (2011: 14) *"no todas las personas con discapacidad son necesariamente dependientes, tampoco todas las personas en situación de dependencia por discapacidad tienen las mismas necesidades en términos del tipo de apoyo, existen distintos grados de dependencia, la dependencia puede ser permanente o transitoria y la dependencia no es un concepto absoluto, sino relativo a la situación particular de cada persona"*. La definición de dependencia que asume el GT interinstitucional sobre SNC dice que *"la situación de dependencia por discapacidad refiere a cuando una persona requiere de otra para realizar las actividades de la vida diaria a partir de una o varias deficiencias y la situación de su entorno inmediato"* (GT interinstitucional sobre SNC, 2012: 17).

También agrega que *"si bien los dependientes por discapacidad comparten rasgos con otros grupos de dependientes, la necesidad de cuidados de la población con discapacidad en situación de dependencia comporta un grupo heterogéneo como consecuencia de la propia deficiencia (incluye dependencias derivadas de una discapacidad mental, incluida intelectual, sensorial, motriz y múltiples), del contexto socioeconómico y por la presencia o ausencia de redes sociales de apoyo"* (GT interinstitucional sobre SNC, 2012: 38).

Además, hay que tener en cuenta, como plantean Bagnato *et al.* (2011: 14), que *"si bien existe cierta información sobre población con discapacidad, no existen en el país datos confiables, específicos y representativos sobre la proporción de la población con discapacidad que es dependiente, ni sobre el tipo de dependencia que presentan"*. A nivel del MIDES ya se elaboró un baremo para medir la dependencia que resultó de la adaptación de marcos internacionales a la realidad del país. Estos baremos a *"través de algoritmos de puntuación preestablecidos cuantifican el nivel de dependencia que tiene una persona, valorando la necesidad de ayuda de otra persona, la discapacidad para realizar determinada actividad y la situación de dependencia para una actividad determinada en una situación concreta"* (GT interinstitucional sobre SNC, 2012: 63).

Recientemente se realizó una encuesta de dependencia a la población que recibe pensión de invalidez por discapacidad severa del BPS para identificar el tipo de dependencia que posee y diseñar un modelo de asistente personal (Rossell, 2014).

Hasta el momento, quienes se hacen cargo del cuidado de las personas con discapacidad en situación de dependencia son mujeres (generalmente madres, hermanas o abuelas) que conviven en el domicilio con la persona que cuidan por más de diez horas, implicando una sobrecarga emocional y física. Asumen la responsabilidad principal de los cuidados de forma permanente y no reciben remuneración económica. En general esta situación lleva a la exclusión de las mujeres de los derechos ciudadanos, instalándose una desigualdad no solo a nivel de los cuidados en el hogar sino también de posibilidades de acceso al mundo laboral y social (GT 2012).

Valoración de la dependencia en personas con discapacidad

Rosell (2014) clasificó como población **no dependiente** a aquellas personas que:

- declaran no tener algunas de siguientes limitaciones: limitaciones para usar brazos y manos, limitaciones físicas para desplazarse fuera de la casa o utilizar medios de transporte, limitaciones físicas para desplazarse dentro de la casa, limitaciones mentales que le dificultan el aprendizaje y aplicación de conocimiento y desarrollo de tareas, limitaciones mentales que dificultan el relacionamiento con los demás;
- declaran no necesitar de terceras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria (cuidado personal, movilidad dentro del hogar y/o funciones básicas: higiene personal, vestirse, alimentarse, cambiar las posiciones del cuerpo, levantarse y acostarse, desplazarse dentro del hogar, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar tareas sencillas).

La población con **dependencia leve** es aquella que necesita de ayuda para determinadas actividades. En particular, son las personas que:

- tienen algunas de las siguientes limitaciones: limitaciones para usar brazos y manos, limitaciones físicas para desplazarse fuera de la casa o utilizar medios de transporte, limitaciones físicas para desplazarse dentro de la casa, limitaciones mentales que le dificultan el aprendizaje y aplicación de conocimiento y desarrollo de tareas, limitaciones mentales que dificultan el relacionamiento con los demás;
- requieren supervisión u orientación verbal para realizar actividades básicas de la vida diaria. En la encuesta, esto incluyó a quienes declaran necesitar ayuda para comer, ir al baño, bañarse, peinarse, vestirse, cambiar o mantener la posición del cuerpo o desplazarse fuera del hogar.

La población con **dependencia moderada** incluye a aquellas personas con necesidad de ayuda para salir del hogar, realizar tareas domésticas, y/o quienes tienen una discapacidad moderada en áreas de autocuidado, movilidad, alimentación y funcionamiento mental básico sin llegar a los altos niveles de dependencia considerados en el grupo anterior. Se incluyó en este grupo a personas que:

- tienen algunas de las siguientes limitaciones: limitaciones para usar brazos y manos, limitaciones físicas para desplazarse fuera de la casa o utilizar medios de transporte, limitaciones físicas para desplazarse dentro de la casa, limitaciones mentales que le dificultan el aprendizaje y aplicación de conocimiento y desarrollo de tareas, limitaciones mentales que dificultan el relacionamiento con los demás.
- necesitan ayuda física parcial para realizar actividades básicas de la vida diaria. En la encuesta, esto incluyó a quienes declaran necesitar ayuda para comer, ir al baño, bañarse, peinarse, vestirse, cambiar o mantener la posición del cuerpo o desplazarse fuera del hogar.

La población con **dependencia severa** incluye a aquellas personas que necesitan de terceras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria (cuidado personal, movilidad dentro del hogar y/o funciones mentales básicas: higiene personal, vestirse, alimentarse, cambiar las posiciones del cuerpo, levantarse y acostarse, desplazarse dentro del hogar, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar. Concretamente, se trata de personas que:

- tienen algunas de las siguientes limitaciones: limitaciones para usar brazos y manos, limitaciones físicas para desplazarse fuera de la casa o utilizar medios de transporte, limitaciones físicas para desplazarse dentro de la casa, limitaciones mentales que le dificultan el aprendizaje y aplicación de conocimiento y desarrollo de tareas, limitaciones mentales que dificultan el relacionamiento con los demás;
- necesitan que una tercera persona haga por ellos (sustitución máxima) actividades básicas de la vida diaria. En la encuesta, esto incluyó a quienes declaran necesitar ayuda para comer, ir al baño, bañarse, peinarse, vestirse, cambiar o mantener la posición del cuerpo o desplazarse fuera del hogar.

Caracterización de la población menor de 65 años con limitaciones que pueden requerir ayuda para las actividades de la vida diaria

Dado que no se dispone de información estadística sobre la población con discapacidad en situación de dependencia, se presenta un análisis es base a la información del Censo de Población y Vivienda 2011 que identifica la población con limitaciones y el grado de gravedad de la misma, y luego los resultados de la encuesta realizada por Rossell (2014) a la población con discapacidad severa que cobra la pensión por invalidez del BPS.

Análisis en base al Censo de Población y Vivienda de 2011

Siguiendo el mismo criterio que en el apartado donde se caracterizan los adultos mayores en función de la información sobre limitaciones que provee el Censo de Población y Vivienda 2011, se identifica para las personas menores de 65 años si posee alguna limitación para ver (aun si usa anteojos o lentes), oír (aun si usa audífono), caminar o subir escalones y entender o comprender, y el nivel de gravedad de la misma ("alguna dificultad", "mucha dificultad" o "no puede hacerlo"). Se considerarán en el análisis las limitaciones que pueden representar la presencia de una limitación que genera "dependencia moderada" o "severa" que según Núñez (2013) serían aquellas limitaciones donde las personas manifiestan presentar "mucha dificultad" o "no pueden hacerlo".

La limitación con mayor presencia entre la población menor de 65 años es la limitación visual, que llega al 6,7% del total. El resto de limitaciones alcanza como máximo al 2,8% del total (el caso de la limitación para caminar o subir escalones). Al igual que en la población adulta mayor, el nivel de dificultad más importante es el que generaría "dependencia leve" (o sea, si posee "alguna dificultad") y la población con "dependencia moderada o severa" para cualquier tipo de limitación se encuentra en torno al 1% del total de la población.

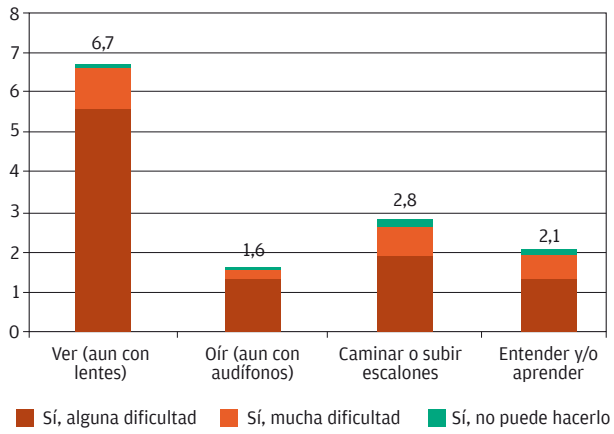
La limitación visual es la más importante en la población menor de 65 años tanto cuando se considera la dependencia leve ("alguna dificultad") o moderada ("mucha dificul-

Cuadro 7. Presencia de limitaciones en la población menor de 65 años, según nivel de dificultad. En número de personas

Nivel de dificultad	Ver (aun con lentes)	Oír (aun con audífonos)	Caminar o subir escalones	Entender y/o aprender
No tiene dificultad	2.539.348	2.682.943	2.565.951	2.413.233
Sí, alguna dificultad	157.461	36.262	53.858	36.630
Sí, mucha dificultad	29.709	7.189	20.433	17.587
Sí, no puede hacerlo	1.762	1.886	4.740	3.974

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos del Censo de Población y Vivienda 2011.

Gráfico 3. Prevalencia de limitación entre la población menor de 65 años, según tipo y nivel de dificultad. En porcentajes



Cuadro 8. Personas menores de 65 años con alguna limitación moderada o severa, según sexo y tramos de edad, y su incidencia en el total

Tramos de edad	Número de personas			Incidencia ( )		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Menores de 14	5.587	4.023	9.610	1,65	1,25	**1,45**
14-29	7.800	6.149	13.949	1,98	1,57	**1,78**
30-45	6.932	8.335	15.267	2,04	2,33	**2,19**
46-64	13.951	23.607	37.558	4,33	6,62	**5,53**
Total	**34.270**	**42.114**	**76.384**	**2,46**	**2,95**	**2,71**

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos del Censo de Población y Vivienda 2011.

Cuadro 9. Tipo de hogar de las personas menores de 65 años con limitaciones moderadas y severas, según tramo etario. En porcentajes

Tipo de hogar	Menores de 14	14-29	30-45	46-64	Total
unipersonal	0,0	1,7	5,4	14,2	**8,4**
pareja sola	0,0	2,5	5,4	18,9	**10,8**
pareja e hijos	52,4	42,4	42,4	23,1	**34,1**
jefe e hijos	19,1	19,6	17,6	11,8	**15,3**
trigeneracional	4,6	5,3	4,1	4,8	**4,7**
extendido	18,2	22,8	20,3	22,9	**21,8**
compuesto	5,7	5,7	4,9	4,3	**4,9**
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos del Censo de Población y Vivienda 2011.

tad"). Pero el mayor nivel de dificultad se concentra entre los que tienen limitaciones para caminar o subir escalones, o para entender y/o aprender, categorías que nuclean a unas 4.700 y 4.000 personas, respectivamente.

El conjunto de personas que tienen al menos una limitación que pudiera generar dependencia moderada o severa es de 76.384. Según tramos etarios, la incidencia es mayor en las personas de mayor edad. Según sexo, es más relevante para los hombres en los tramos de menores de 30 años y para las mujeres entre 30 y 64 años de edad. Entre los hombres niños o jóvenes la limitación que más incide es "entender y/o aprender" (que representa más del 60% de las limitaciones que se presentan en esa edad en un grado moderado o severo). Entre la población adulta (30 a 64 años), las limitaciones más importantes son caminar o subir escalones, y ver.

Cuando hay personas con limitaciones moderadas o severas en el hogar predomina el tipo de hogar extendido y monoparental, en relación al biparental que es más significativo para el conjunto de la población en estos tramos de edad (Cuadro 9 y A2 del Anexo estadístico). Es interesante notar la alta presencia de hogares monoparentales cuando los/as niños/as y jóvenes tienen una limitación moderada o severa y estos porcentajes son algo superiores para los varones con limitación para entender y/o aprender (la cifra llega al 21,5%). Ello es muy significativo en términos de políticas porque significa que cuando los niños tienen alguna dificultad intelectual las madres enfrentan esa situación sin pareja u otros adultos en el hogar.

Caracterización de la población en situación de dependencia con pensión de invalidez[12] por discapacidad severa del BPS

El estudio de Rossell (2014) identificó que, en la actualidad,

12 La pensión de invalidez del BPS está destinada a todas las personas de cualquier edad que tengan algún tipo de discapacidad que sea considerada común o severa. Para acceder a la pensión se requiere tener un 66 de discapacidad o más, según el índice Baremo. La discapacidad debe ser confirmada por una junta médica del BPS y, en caso de discapacidad común, el beneficiario debe probar carencia de recursos o recursos mínimos propios y de sus familiares convivientes y no convivientes civilmente obligados a prestar ayuda. La persona puede tener ingresos de actividad o jubilación común, siempre que dicho ingreso no supere en tres veces el monto de la pensión por invalidez, que asciende a 6.852,17 pesos uruguayos (a enero de 2014). Al beneficiario con discapacidad severa no se le realizará relevamiento de ingresos e inmuebles propios o de su núcleo familiar.

el 39% de la población que cobra pensión por discapacidad severa (17.851 beneficiarios) se encuentra en situación de dependencia severa, o sea, unos 6.900 beneficiarios. El 17,3% (unas 3.080 personas) presenta dependencia moderada, y 14,6% (unas 2.600 personas) se encuentra en situación de dependencia leve. A su vez, el 29% (unas 5.170 personas) no pueden considerarse dependientes –al menos a través del método utilizado para medir la dependencia (la encuesta telefónica).

En relación al nivel de ingresos per cápita del hogar donde residen las personas que cobran pensión por discapacidad severa, *"poco más de la mitad (56,7%) de los dependientes severos (aproximadamente 3.900 casos) se encuentran en los tres quintiles inferiores de ingreso, tomando como referencia para la construcción de estos tramos la distribución en el conjunto de la muestra"* (Rossell, 2014).

De las personas que se encuentran en situación de dependencia severa, aproximadamente la mitad (3.302 personas, 18,5% del total de la población) requiere sustitución máxima (es decir, que otra persona haga por ella) para realizar al menos 5 actividades básicas de la vida diaria.

Para el conjunto de la población que recibe pensión por discapacidad severa se encuentra que *"el cuidado recae fuertemente sobre familiares no remunerados que viven en el mismo hogar"*. Ello es más notorio entre quienes presentan dependencia severa donde el 84,1% declara recibir este tipo de cuidados. En promedio, este subgrupo recibe 103 horas de ayuda por parte de sus cuidadores y 9 de cada 10 personas declaran que estas horas son suficientes para cubrir las necesidades de ayuda que tienen. Aproximadamente la mitad (48%, o sea, 3.100 personas) de quienes se encuentran en situación de dependencia severa declaran no tener interés en contar con un asistente personal (Rossell, 2014).

Oferta de servicios y prestaciones para población con discapacidad en situación de dependencia

Bagnato *et al.* (2011) plantean que la problemática de la situación de dependencia en personas con discapacidad debe ser vista a la luz de las necesidades personales, sin descuidar las necesidades de quienes ejercen su cuidado. Debe por tanto considerar: la incorporación masculina en la formalización de los cuidados para romper con este esquema de feminización de los cuidados, así como fomentar una corresponsabilidad entre hombres y mujeres en los cuidados en el hogar; y el cuidado a los que cuidan (orientación, acompañamiento, apoyo y propuestas de respiro familiar), tanto como la creación de servicios.

Bagnato *et al.* (2011) plantean que existen diferentes servicios y prestaciones hacia la atención de las personas con discapacidad que podrían visualizarse como componentes de los cuidados. Estas son tanto públicas como privadas (realizadas por el tercer sector). Algunos servicios son ejecutados directamente por el Estado y la seguridad social, y

Necesidades de las personas con discapacidad y su entorno familiar

Bagnato *et al.* (2011) presentan algunos elementos para contemplar las necesidades de las personas con discapacidad y sus entornos familiares durante el ciclo de vida. Ellos son:

Nacimiento y/o etapa de diagnóstico de la discapacidad
- atención temprana
- articulación con los servicios de salud y sociales para brindarle sostén y acompañamiento a la familia; orientación y apoyo técnico.

Primera infancia (de 0 a 3 años) y etapa de escolarización (de 4 a 12)
- necesidad de centros que atiendan a la primera infancia con discapacidad (actualmente no existe oferta pública ni privada inclusiva o específica)
- necesidad de una educación inclusiva y que atienda las necesidades educativas especiales.

Adolescencia
- etapa donde se dan las mayores dificultades a partir de los 15 años para la inclusión educativa, permaneciendo mucho tiempo en sus casas sin actividad, generando pasividad y dependencia de su familia
- necesidad de creación de centros de día y talleres asistidos
- capacitación laboral
- liceo y UTU, con inclusión educativa.

Etapa adulta
- promoción de la inclusión laboral de las personas con discapacidad en el ámbito público y privado
- necesidad de mayores oportunidades laborales mediante diferentes modalidades: empleo con apoyo, teletrabajo, talleres de producción protegida.

Personas mayores
- a esta etapa y la anterior con políticas de promoción de autonomía, la dependencia se puede minimizar o evitar.
- se da en esta etapa la dependencia intergeneracional, al envejecer los padres, especialmente las madres, que hasta el momento son las principales cuidadoras.
- creación de residenciales (cuando los padres fallecen, los hijos con discapacidad dependientes no tienen quien les brinden cuidados).

otros se ejecutan a través de convenios con instituciones y organizaciones de naturaleza privada. También están aquellas gestionadas por personas con discapacidad o familiares, o por equipos profesionales de diversas disciplinas.

En el documento de propuestas elaborado por el GT interinstitucional sobre SNC (2012) se reconoce que algunos servicios –educación, salud pública, seguridad social, entre otros– brindan "cuidados", pero que al no haber sido originalmente pensados como tales, no acompañan directamente las necesidades de cuidados de las familias. Además, al estar desarticulados no logran la potenciación de los impactos ni la mejor calidad de los servicios prestados. Se destaca también, con las mismas características, el rol que han tenido agrupaciones de personas con discapacidad y organizaciones creadas en algunos casos por los propios familiares de personas con discapacidad, con transferencias económicas por parte del Estado en su mayoría, bajo la modalidad de convenios.

Estos servicios, tanto los brindados por el Estado, como por las organizaciones del tercer sector, necesitan de regulación, articulación, creación de programas inclusivos y de un monitoreo de su calidad, para promover el desarrollo de la autonomía e independencia de estas personas, objetivo que, de cumplirse, tendrá impacto en el proyecto y calidad de vida de toda la familia (GT 2012).

A nivel del gobierno nacional existen dos organismos vinculados a la formulación y recomendación de políticas para atender a las personas con discapacidad: la Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado (CNHD) y el Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS), del MIDES. La CNHD es una entidad pública de derecho privado, con personería jurídica y bajo la jurisdicción del MIDES[13]. Esta entidad tiene a su cargo *"la elaboración, estudio, evaluación y aplicación de los planes de política nacional de promoción, desarrollo, rehabilitación biopsicosocial e integración social de las personas con discapacidad, a cuyo efecto debe procurar la coordinación de la acción del Estado en sus diversos servicios"*.

13. La CNHD se creó originalmente en el marco de la Ley N° 16.095, de octubre de 1989, y luego se reinstaló en el marco de la Ley Nº 18.651, de marzo de 2010. En ambos casos el objetivo fue establecer un sistema de protección integral para las personas con discapacidad. Dicha comisión, en el marco de la actual legislación, es presidida por la directora del PRONADIS y se integra con representantes del MSP, MEC, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Facultad de Medicina, Consejo Directivo Central (CODICEN), Congreso de Intendentes, Facultad de Odontología, INAU, Banco de Previsión Social, Banco de Seguros del Estado, Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, Facultad de Ciencias Sociales y un delegado de cada una de las asociaciones de segundo grado de personas con discapacidad que posean personería jurídica, y otros delegados por facultades o áreas cuando así lo requiera la Comisión (artículo 14 de la Ley Nº 18.651). A su vez, exceptuando el departamento de Montevideo, en los demás departamentos habrá una Comisión Departamental Honoraria de la Discapacidad (artículo 17 de la Ley Nº 18.651).

Desde la creación del MIDES en el año 2005 se instaló el PRONADIS, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, en especial de aquellas que se encuentran en situación de pobreza y exclusión social mediante acciones que promuevan su inclusión en la comunidad. Este programa, además de realizar políticas de transversalidad en el Estado sobre la temática de la discapacidad, brinda algunos servicios. En relación a los cuidados, se destaca el servicio telefónico de información sobre prestaciones y programas disponibles para las personas con discapacidad, al que se sumó la reciente aparición de la *Guía Nacional de Recursos Sociales*, que brinda información sobre beneficios disponibles según características de la población (infancia, adultos mayores y discapacidad).

Dentro de la Dirección Nacional de Políticas Sociales del MIDES se encuentra la Unidad de Políticas Públicas de Discapacidad, cuya misión es: *"articular, dar seguimiento del cumplimiento y difusión, de lo referente a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad; asesorar sobre la regulación, adecuación y monitoreo de la legislación nacional referente a las personas con discapacidad; diseñar planes de promoción y fortalecimiento de los derechos humanos de las personas con discapacidad; realizar recomendaciones al diseño del Sistema Nacional de Cuidados en relación a la población con discapacidad en situación de dependencia"*.

Los servicios que existen actualmente tanto a nivel público como privado se componen de:

- centros diurnos:
  - dos programas del INAU para niños, niñas y adolescentes (0 a 18 años),
  - el Centro de Rehabilitación y Recreación Casa de Gardel (todas las edades),
  - los Centros Diurnos de Rehabilitación de Salud Mental para jóvenes y adultos,
  - los Centros Diurnos de Rehabilitación de Salud Mental.
- Ayudas Especiales del BPS
- residencias de larga estadía
- servicios de teleasistencia privados
- apoyo a los cuidados:
  - los fondos de ayudas técnicas y laboratorio de ortopedia (PRONADIS),
  - el Centro Nacional de Ayudas Técnicas y Tecnológicas (CENATT),
  - ayudas técnicas (BPS),
  - servicio de transporte.

Centros diurnos

Centros de atención de niños, niñas y adolescentes con discapacidades y/o patologías psiquiátricas asociadas (INAU) (MIDES, 2014)

Este programa se crea para contribuir al desarrollo integral de los niños/as y adolescentes que presenten discapacidad,

brindando espacios de socialización, implementando acciones tendientes a la integración educativa, social y laboral, promoviendo y garantizando sus derechos.

Los centros trabajan realizando distintas actividades de rehabilitación sensorial y psicomotriz, como equinoterapia, logoterapia, hidroterapia y talleres de plástica, cerámica, música, producción de alimentos, panadería, conservas y tejido. Están destinados a niños/as y adolescentes de ambos sexos de hasta 17 años que presenten discapacidad intelectual, motora y/o sensorial, moderada y/o profunda, con o sin trastornos psiquiátricos agudos. El programa tiene alcance nacional y se accede a través de la División de Estudios y Derivación de INAU.

El programa brinda información, orientación y asesoramiento a las familias en relación a la discapacidad para la estimulación y el buen trato de los niños/as y adolescentes. Además, facilita el acceso a la atención necesaria para la recuperación y rehabilitación médico funcional de los niños/as y adolescentes con discapacidad física.

Centros para niños con trastornos psiquiátricos compensados (INAU) (MIDES, 2014)

Este programa se implementa a través de centros de atención para niños, niñas y adolescentes que presentan alguna patología psiquiátrica compensada, asociada o no a la discapacidad intelectual y/o patología neurológica, que necesitan atención integral. A través de tratamientos terapéuticos específicos, el programa apunta al desarrollo integral del niño/a y adolescente brindando una intervención precoz y efectiva para reducir la duración y la gravedad del trastorno de forma tal de prevenir las complicaciones a largo plazo.

El programa está destinado a niños/as y adolescentes de entre 0 y 18 años que presentan alguna patología psiquiátrica compensada, que necesitan atención integral con énfasis en aspectos terapéuticos específicos. El programa tiene alcance nacional y se accede a través de la División de Estudios y Derivación de INAU o bien derivaciones de otros proyectos de INAU.

El programa ofrece atención terapéutica integral; talleres de informática, cerámica, panadería, expresión física, música, etc.; actividades recreativas (bailes, fútbol, teatro, cine); actividades de reintegro a nivel familiar (intervenciones familiares, apoyo económico, profesional y terapéutico).

Según la información del SIPI (el sistema de información del INAU) hay 1.765 niños, niñas y adolescentes atendidos en Centros de Discapacidad a Tiempo Parcial, y 904 niños, niñas y adolescentes atendidos en Centros de Discapacidad a Tiempo Completo.

Centro de Rehabilitación y Recreación Casa de Gardel (actualmente en dependencia de ASSE)

El centro trabaja con personas con discapacidades motrices e intelectuales de todas las edades, aunque predominan los que poseen discapacidad motriz. Atiende a unas 250 personas, niños, jóvenes y adultos, sin límite de edad. Dentro de las patologías, que pueden ser genéticas o adquiridas, predominan las secuelas de accidentes vasculares cerebrales, en el caso de los adultos, y las patologías genéticas, como parálisis cerebral o espina bífida, en los niños.

Ofrece actividades de rehabilitación, mantenimiento y socioculturales. El equipo de trabajo está formado por médicos fisiatras, fisioterapeutas, profesores de educación física, psicomotricistas, hidroterapeutas y psicólogos. Tiene tres gimnasios, dos piscinas cerradas y consultorios o salones donde se realizan talleres y se dictan clases a los estudiantes que realizan sus prácticas.

Además, se dan talleres de cerámica, plástica y música, así como laborterapia y musicoterapia, con el fin de mejorar la motricidad de los pacientes. Se brinda un taller de terapia ocupacional que tiene que ver con todo lo necesario para realizar las actividades de la vida diaria, se les enseña a bañarse y vestirse, a desenvolverse dentro de una cocina, a hacer ciertos movimientos como levantarse o acostarse. La idea es que logren la mayor libertad e independencia posible y una mejor calidad de vida.

Los pacientes llegan al centro desde lugares públicos y privados y, en general, por recomendación de un médico o una persona con discapacidad. Para poder ser asistido, el paciente debe llevar un formulario del centro para que llene su médico tratante y adjuntar una historia clínica o exámenes médicos que detallen la patología que sufre. A partir de esa información, y a través de una entrevista personal, el médico del centro evalúa qué tipo de tratamiento necesita.

Centros Diurnos de Rehabilitación de Salud Mental (Guía de Centros de Rehabilitación Psicosocial)

Hay 22 centros destinados a la rehabilitación comunitaria, mantenimiento de la función y reinserción social para personas jóvenes y adultas usuarias de ASSE, que padecen trastornos mentales severos y persistentes, que determinan pérdida de autonomía y dependencia. Son: Centro Psicosocial Sur Palermo, Taller La Bahía del Sur, Centro Diurno Sayago, Centro de Rehabilitación Psicosocial Pando, Panacea-SM-CIPRES, Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (CNPR) y Centro Diurno Hospital Vilardebó.

El *Centro Psicosocial Sur Palermo* desarrolla distintos programas en Rehabilitación Psicosocial Integral, dirigidos a jóvenes y adultos con trastornos psíquicos severos.

El *Taller La Bahía del Sur* funciona en el marco del Centro Psicosocial Sur Palermo. El programa atiende jóvenes y adultos, mujeres y hombres con patologías psiquiátricas –esquizofrenia, trastorno del humor, trastornos de la personalidad– donde el síntoma fundamental es el apragmatismo. Está al servicio de las personas caracterizadas por su vulnerabilidad sociofamiliar e incluye otros programas dirigidos a discapacidades psiquiátricas. Tiene convenio con BPS por ayudas especiales, contrata en forma particular y atiende un cupo en forma gratuita.

El *Centro Diurno Sayago* es una institución que pertenece a ASSE. En el área de Salud Mental se dedica a la rehabilitación de personas que tienen patologías severas y persistentes, en especial psicosis. Acceden adultos/as y adolescentes mayores de 15 años, usuarios/as de ASSE, en tratamiento psiquiátrico por psicosis u otra enfermedad psiquiátrica crónica.

El *Centro de Rehabilitación Psicosocial Pando* atiende personas entre 18 y 50 años con trastornos mentales graves y persistentes, con dificultades en su funcionamiento psicosocial y su integración social. Para acceder al centro se requiere ser residente del departamento de Canelones o de la zona este de Montevideo. Deben estar en una situación psicopatológica estabilizada, con ausencia de trastornos por uso sostenido de sustancias psicoactivas, ausencia de trastornos cognitivos severos y de trastornos conductuales actuales.

El *Programa de Articulación Nacional y Comunitario en Educación y Atención en Salud Mental* (PANACEA-SM) y el *Centro de Investigación en Psicoterapias y Rehabilitación Social* (CIPRES) de la Universidad de la República atienden a personas con sufrimiento psíquico severo y a sus familias. Este programa no funciona como un servicio de atención alternativo al cuidado familiar, ya que deben concurrir los pacientes con sus familiares.

El *Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (CNRP)* depende de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata (CHPP). Es un centro público extra hospitalario de rehabilitación psicosocial, trabaja con personas con trastornos psíquicos persistentes (equizofrenia y otros) mayores de 15 años. Brinda atención vinculada a la psicología, psiquiatría, servicio social, terapia ocupacional. Es requisito presentar pase de psiquiatra tratante y carné de asistencia de ASSE. En el marco de la CHPP también existen programas departamentales de rehabilitación para mayores de 18 años. Tienen como objetivos proteger al enfermo mental en todas las etapas de su asistencia hospitalaria y externa, la implementación de talleres y rehabilitación, el asesoramiento y apoyo a familiares.

El *Centro Diurno Hospital Vilardebó* (ASSE) se define como un servicio intermedio entre la hospitalización y otros centros insertos en la comunidad. Se reciben pacientes procedentes en su mayoría del Servicio de Internación del Hospital Vilardebó y de la Policlínica del Hospital, así como de otras del sector de la periferia. Deben tener pase de derivación del equipo de Salud Mental tratante. La meta es fundamentalmente favorecer la continuidad del tratamiento de las personas que egresan de una internación. La posibilidad de ayudarlas a que puedan adherir mejor a los tratamientos ofrecidos contribuye a evitar recaídas e internaciones así como a mejorar su calidad de vida. Se integran intervenciones individuales, grupales y familiares.

El *Taller Panambí* es un centro diurno que trabaja con jóvenes y adolescentes con discapacidad intelectual leve, en el marco de un convenio entre la IM y la Iglesia Anglicana del Uruguay. Realiza talleres de capacitación en cerámica, cuero y cestería, y trabaja sobre la escritura y la lectura. Cuenta con 25 cupos por taller. Realiza actividades deportivas, recreativas y taller de música (a través del TUMP). Acceden jóvenes entre 15 y 25 años con discapacidad intelectual leve, preferentemente pertenecientes a medios socioeconómicos carenciados. Para acceder a los servicios del centro, es necesario ser derivado desde la Comisión de Gestión Social de la IM.

Ayudas Especiales (BPS)

El Banco de Previsión Social (BPS) a través de las Ayudas Especiales contribuye a la rehabilitación de niñas/os y adultos con discapacidad, brindando a los beneficiarios servicios como: locomoción, fonoaudiología, fisiatría, psicomotricidad y psicología.

Actualmente la cantidad de Ayudas Especiales otorgadas por el BPS es de más de 17.000 y se amplió el número de instituciones beneficiarias incluyendo algunas públicas anteriormente excluidas. Tienen derecho los atributarios de asignaciones familiares con hijos o menores a cargo que presentan discapacidad (beneficiarios del sistema; incluye afiliados a una IAMC cuando no está obligada a cubrir el tratamiento o ayuda técnica requerida para la rehabilitación) y beneficiarios de la pensión por invalidez, que asisten a escuelas especiales, institutos de rehabilitación, escuelas e institutos habilitados por ANEP, que realizan integración educativa, liceos, universidades e instituciones recreativas o deportivas cuyas actividades propendan a la rehabilitación integral.

Comprende una suma destinada a contribuir a la integración del precio de la cuota por la concurrencia, o al pago de la locomoción del beneficiario o de sus acompañantes para su traslado hacia y desde los referidos lugares. Igual beneficio reciben los hijos de funcionarios del BPS cuando presentan discapacidad.

Residencias de larga estadía

Colonias Psiquiátricas Santín Carlos Rossi y Dr. Bernardo Etchepare (ASSE)

Internación para personas de diversas edades, usuarios de ASSE, con trastornos mentales graves y persistentes, sin contención sociofamiliar. Tienen en total 1.051 camas (982 de cuidados básicos y 69 de cuidados moderados).

Cotolengos Don Orione, Masculino y Femenino

Se trata de hogares de larga estancia que funcionan con régimen de internación, atendiendo especialmente a aquellas personas discapacitadas intelectuales y motrices con escasos recursos, sin entorno sociofamiliar o en situación de abandono y deserción familiar. ASSE aporta a la atención de sus usuarios a través de transferencias económicas en alimentos, medicación y material médico quirúrgico.

Residencias de medio camino

Casas Asistidas de Casavalle y Chimborazo (MIDES)

Son residencias asistidas para pacientes con trastornos mentales severos y persistentes.

En ellas se presta atención a personas adultas con diagnóstico de esquizofrenia y con alta del Hospital Vilardebó. El objetivo de estos hogares es que los pacientes que egresan del hospital puedan tener un espacio en el que estén contenidos, para reinsertarse en la sociedad de la mejor forma posible.

Actualmente en la casa se hospedan 11 personas, 4 hombres y 7 mujeres, que cuentan con el acompañamiento de un grupo de mujeres que integran la cooperativa social Dar. El proyecto es impulsado por el MIDES en convenio con el MSP, a través de ASSE.

Servicio de teleasistencia

El sector privado brinda servicios de teleasistencia pensados para personas con discapacidad.

Apoyos a los cuidados

Fondos de ayudas técnicas y laboratorio de ortopedia técnica (PRONADIS)

Estos fondos están destinados a la compra de ayudas técnicas (sillas de ruedas, bastones, audífonos, etc.) para población con bajos recursos. Este servicio es brindado paralelamente por la CNHD y por PRONADIS.

También existe el laboratorio de ortopedia técnica a través del cual las personas de bajos recursos económicos pueden acceder de forma gratuita a prótesis de miembros inferiores. El laboratorio nació mediante un convenio con el gobierno de Cuba.

Centro Nacional de Ayudas Técnicas y Tecnológicas (CENATT)

Fue creado recientemente bajo la órbita del PRONADIS-MIDES, en convenio con la Secretaría de Discapacidad de la IM y la Universidad del Trabajo del Uruguay (UTU). El objetivo es crear un sistema nacional de evaluación, distribución y entrega de productos de apoyos técnicos y tecnológicos para personas con discapacidad, constituyéndose además como un espacio para la investigación y capacitación.

Ayudas técnicas (BPS): prótesis, órtesis y lentes

Este tipo de prestación complementaria se otorga por BPS a los beneficiarios del Departamento de Especialidades Médico Quirúrgicas (DEMEQUI)[14] con la prescripción médica correspondiente para rehabilitar a los usuarios. Comprende aparatos ortopédicos, audífonos, odontología y ortodoncia, sillas de ruedas, respiradores, ópticas, etc. De los apoyos técnicos los que más se brindan son los lentes.

Servicio de transporte

Se trata de un servicio de transporte "puerta a puerta", adaptado para personas con movilidad reducida, realizado con vehículos especialmente adaptados, con rampas de acceso y equipamiento para asegurar un traslado seguro. El servicio está dirigido a personas usuarias de sillas de ruedas o que presenten otro tipo de discapacidad motora. Se prioriza población con bajos recursos.

El servicio funciona dentro de los límites del departamento de Montevideo, de lunes a viernes de 6.00 a 19.00 horas. El traslado debe solicitarse telefónicamente con 24 horas de anticipación en el horario de 9.30 a 12.30 horas. El costo por traslado es de $ 70 para la persona y de $ 20 para el acompañante. El costo del traslado a los centros de Salud Pública y Hospital de Clínicas es de $ 40 (presentando carné de asistencia)[15].

14. Es la repartición del BPS encargada de brindar un tratamiento integral a los niños portadores de malformaciones congénitas y afecciones connatales. El DEMEQUI aborda el diagnóstico, registro, tratamiento y rehabilitación de los pacientes.
15. Precios actualizados a noviembre de 2012.

Escuelas especiales ANEP (5 a 15 años)

Las escuelas especiales de ANEP no son consideradas servicios de cuidado pero claramente el tipo de cobertura que brindan contribuye con los cuidados, tanto en términos de la extensión de la jornada escolar como en el rango de edad y la cobertura geográfica.

Para niños, niñas y adolescentes de 5 a 15 años de edad existen bajo la órbita de ANEP dos modalidades de atención: las escuelas especiales y los talleres (protegidos y ocupacionales). La población beneficiaria son niños/as y adolescentes con discapacidades motrices, intelectuales, sensoriales o trastornos severos de conducta. El diseño del programa es central y tiene cobertura nacional.

Existen 75 escuelas especiales en todo el país. De ellas, 26 están en Montevideo distribuidas en 26 barrios y se clasifican de acuerdo a la discapacidad que atienden: 20 atienen Discapacidad Intelectual, 3 atienden Discapacidad Auditiva, 2 atienden Discapacidad Visual y una atiende Discapacidad Motriz.

En el interior existen 49 escuelas especiales distribuidas en los distintos departamentos. Se organizan en clases de hasta 6 grados, luego de los cuales los alumnos ingresan a áreas especializadas en actividades pre ocupacionales y ocupacionales, pudiendo ingresar en escuelas comunes en modalidad de integración al aula. El ingreso requiere un estudio psicodiagnóstico, el cual puede realizarse en diversas instituciones.

Las/os niñas/os matriculados en educación especial representan el 3,6 de la matrícula total del nivel primario (10.504 niños: 49,1 en Montevideo, 65,8 en el sector público). Pero no se trata del porcentaje de niños con algún tipo de discapacidad, ya que aquellos que no demandan un dispositivo pedagógico especial se encuentran incluidos en la modalidad de educación común (MEC, 2013).

Programa Transporte Escolar (ANEP-CEIP)

El programa facilita el traslado de niñas/os y adolescentes, entre los 4 y 17 años, desde sus hogares a los centros educativos. Incluye transporte de escolares con discapacidad. También traslada alumnos de zonas alejadas (rurales) a centros educativos.

Nuevas prestaciones en función del SNC

Piloto de inclusión de niños y niñas con discapacidad en centros CAIF (MIDES-INAU)

El proyecto CAIF Inclusivo se enmarca en las experiencias piloto del SNC. Participaron de su diseño y gestión la Dirección Nacional de Políticas Sociales (Unidad de Políticas Públicas de Discapacidad e Investigación y Propuestas de la División de Protección Social), el PRONADIS y el Inmujeres del MIDES, el Centro de Formación y Estudios y el Plan CAIF del INAU, y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

Tiene como objetivo promover la inclusión educativa de niños y niñas con discapacidad de 2 y 3 años de edad en los centros de atención a la primera infancia, en el marco de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley Nº 18.651, de Protección Integral de las Personas con Discapacidad, y el Código de la Infancia y la Adolescencia. Se trata de brindar una respuesta de calidad e integral a las necesidades de cuidado de las familias de niños y niñas con discapacidad.

El piloto se puso en marcha a mediados de 2013 en los departamentos de Montevideo, Canelones, Artigas y Treinta y Tres. Para su implementación se realizó una capacitación a 52 asistentes personales con una currícula de 96 horas teóricas y prácticas a cargo de la Unidad de Políticas Públicas de Discapacidad de la DNPS, el Inmujeres del MIDES y el Centro de Formación y Estudios del INAU.

De este total se seleccionó a 20 asistentes personales para trabajar incorporándose a equipos de los departamentos de Artigas, Treinta y Tres, Montevideo y Canelones (que cumplieron funciones hasta diciembre de 2013)[16].

Además, la Unidad de Políticas de Discapacidad de la DNPS, realizó 4 jornadas de capacitación en la temática de la discapacidad y el rol del asistente personal, para equipos de los centros CAIF donde se incorporarían los asistentes personales, que en su mayoría ya tienen incluidos niños y niñas con discapacidad. A estas jornadas asistieron 190 técnicos, educadores, cocineros, auxiliares de servicio e integrantes de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) que gestionan los centros.

Programa piloto de apoyo parcial a los cuidados (MIDES)

Este programa está dirigido a los hogares donde reside una persona mayor de 15 años con dependencia moderada o severa, y cuyo cuidador/a principal sea mayor de 65 años. Consiste en un apoyo de hasta 20 horas mensuales de cuidado a cargo de asistentes personales especialmente seleccionados y capacitados para esta tarea. Se prevé también el acompañamiento a dos consultas de salud por mes y a una actividad laboral, educativa o de esparcimiento de la persona con dependencia.

Este programa piloto se implementa desde octubre de 2013 en los departamentos de Montevideo, Paysandú y Cerro Largo. Para acceder a este servicio, las personas dependientes con discapacidad deben demostrar no poder contratar un servicio de cuidados privado.

16. Luego fueron absorbidos por los centros CAIF donde trabajaban.

Para la contratación de los asistentes personales se realizaron dos llamados abiertos y con las postulaciones se realizó una preselección. Se tuvieron en cuenta los méritos y la experiencia previa para la realización de entrevistas presenciales, de donde surgieron las y los candidatas/os. Con los tres equipos departamentales formados, se realizó una instancia de capacitación para los asistentes personales en las instalaciones del INJU de Montevideo.

En el momento hay 20 asistentes personales: 14 en Montevideo, que atienden 96 personas, 3 en Cerro Largo, que atienden a 28 personas, y 3 en Paysandú, que atienden a 14 personas. La población usuaria del programa presenta múltiples diferencias, sobre todo en lo que hace a la ubicación territorial de sus hogares. En lo que concierne a Montevideo, donde el programa cuenta con más usuarios ingresados, estos pertenecen tanto a barrios céntricos como a barrios periféricos. Hay usuarios que residen en el Centro, Cordón, Ciudad Vieja o Malvín, pero también de Carrasco Norte, Maroñas, Casavalle o Cerrito de la Victoria. Respecto a Paysandú, todos los usuarios pertenecen a la ciudad de Paysandú. Y en Cerro Largo hay tanto usuarios de Melo, como de Rio Branco o Fraile Muerto.

Programa de Asistentes personales (BPS y MIDES)

La Ley Nº 18.651, aprobada en marzo de 2010, prevé la creación de un Programa de Asistentes personales para personas con discapacidades severas y la asignación de una prestación para la contratación de esta figura a quienes *"acrediten la necesidad de ser beneficiarios de este servicio para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria"* (artículo 26, capítulo IV).

En esta primera instancia, el programa está dirigido solo a las personas que cobran pensión por invalidez severa del BPS y se encuentren en situación de dependencia severa. Son beneficiarios solo quienes viven en hogares particulares. El beneficio consiste en una partida económica destinada a la contratación de un asistente personal por no más de 80 horas mensuales. La partida corresponde a $ 6.000 líquidos, más aguinaldo y salario vacacional. Este programa se ha puesto en marcha a partir de octubre de 2014.

Las tareas a cumplir por el asistente personal serán determinadas por el beneficiario, y consistirán en actividades que apoyen la satisfacción de las necesidades básicas de la vida diaria, como levantarse de la cama, facilitar la higiene, vestido, alimentación, movilización y desplazamiento, trabajo, estudio y recreación, entre otras. Serán convenidas entre las partes en atención a la diversidad funcional y no podrán suplir intervenciones profesionales.

Síntesis de la oferta y la demanda de servicios y prestaciones para la población con discapacidad en situación de dependencia

- La población menor de 65 años que presenta limitaciones que pueden generar dependencia moderada o severa es 76.000, lo que representa 2,7% del total.
- Hay una diferencia significativa según sexo: para los menores de 30 años es mayor la prevalencia de limitaciones entre los varones, y para los mayores de 30 entre las mujeres. La limitación más relevante entre los menores de 30 es "entender y/o aprender", y para las mayores de esa edad es "caminar o subir escalones" y "ver".
- Entre esta población con limitaciones moderadas y severas predomina el hogar de tipo extendido y monoparental. A su vez, el hogar monoparental es significativo entre los que poseen menos de 30 años.
- Según Rossell (2014) de la población que recibe pensión por invalidez por poseer discapacidad severa, el 84% declara recibir cuidados de los familiares que conviven en forma no remunerada, y que, en promedio, la ayuda que reciben insumen 103 horas semanales. El 39% se encuentra en situación de dependencia severa (unas 6.900 personas); 17% dependencia moderada y 14,6% dependencia leve. La mitad de los que poseen dependencia severa son altamente dependientes (requieren sustitución total para al menos 5 actividades de la vida diaria). El programa de asistentes personales en una primera etapa busca cubrir una cifra similar. En dicho estudio se concluye, a su vez, que la mitad de los que posee dependencia severa declaró no tener interés en contar con este servicio.
- La oferta de servicios y prestaciones para esta población es muy reducida. Se compone básicamente de algunos centros diurnos, residencias de larga estadía y las ayudas especiales del BPS que contribuyen con la contratación de servicios de rehabilitación. También hay servicios de teleasistencia privados y prestaciones que contribuyen con el cuidado, como las ayudas técnicas y servicio de transporte. Por lo tanto, es imprescindible avanzar sensiblemente en la oferta de servicios y prestaciones para esta población que requiere apoyo en los cuidados y no es tan significativa en términos de cantidad.

Diagnóstico de la población cuidadora

Tanto las tareas de cuidado remuneradas como no remuneradas se encuentran altamente feminizadas: más del 95% de las personas identificadas como cuidadores/as remunerados/as son mujeres, y las mujeres realizan más del doble de horas semanales de trabajo no remunerado dentro de los hogares (Aguirre, 2013).

Trabajadoras del sector de cuidados remuneradas[17]

Un estudio realizado recientemente por Aguirre (2013) procura identificar y caracterizar al personal ocupado en los cuidados tanto en los hogares como en las instituciones. Previamente, Amarante y Espino (2008) habían realizado un trabajo similar utilizando la misma fuente de información, la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006, para caracterizar a la población que trabaja en los hogares. En ambos trabajos se compara la situación de las trabajadoras desagregándolas en función de las posibilidades que brinda la clasificación de ocupaciones entre servicio doméstico, cuidadoras de niños y cuidadoras de enfermos, y se concluye que el cuidado de enfermos es el peor remunerado, las jornadas laborales son más extensas y la población trabajadora posee mayor edad y menor nivel educativo. Por el contrario, la población que cuida niños es la más joven, con mayor formación.

Según las estimaciones de Aguirre (2013), en 2010 el trabajo remunerado de cuidados representa una parte importante del empleo total (alrededor del 9%) y cerca del 20% del empleo de las mujeres. Comprende un sector heterogéneo que se encuentra disperso, altamente feminizado y en el que predominan relaciones informales de trabajo.

Las estimaciones realizadas muestran que de las 45.315 personas que trabajan en el sector de los cuidados, unas 43.000 son mujeres. La más alta concentración de mujeres se encuentra en el cuidado infantil remunerado. Frente a más de 25.000 mujeres se encuentran solo 757 varones trabajando en esta actividad.

Más de la mitad de estos empleos tienen como lugar de tareas el domicilio de las personas a las que cuidan. Esta situación es característica sobre todo de quienes cuidan enfermos (61%) y niñas/os (52%). A su vez, el cuidado en la vivienda de la cuidadora es relativamente importante en el caso del cuidado de menores (13%). En el caso del cuidado de adultos mayores, un 54% de los empleos está ubicado en locales fijos (casas de salud, residenciales, etc.).

Estos empleos tienen en promedio una menor carga horaria (36,8 horas semanales) que el resto de las ocupaciones. El cuidado de enfermos y de adultos mayores, sin embargo, implica cargas horarias importantes (42 y 45 horas respectivamente). La extensión de las jornadas es notoriamente mayor para las mujeres que realizan el cuidado de enfermos y otros adultos en comparación con las trabajadoras del resto de las ocupaciones (42 y 45 horas frente a 35 horas).

La informalidad de los empleos en cuidados es muy alta en comparación con el resto de las ocupaciones: el 61% de estos empleos no aportan a la seguridad social. Es una característica asociada a todos los tipos de cuidados.

Respecto a las cuidadoras a domicilio básicamente de dependientes y enfermos, Pugliese (2008) agrega el alto nivel de rotatividad del empleo en este sector, el escaso valor social y económico asociado a esta actividad, el desgaste psicológico y la inexistencia de descansos en los feriados, fines de semana, etc. Buena parte del personal está conformada por amas de casa, trabajadores con formación de enfermería y estudiantes. Otro aspecto que señala Pugliese (2008) es que *"muchos de estos empleadores están en condiciones de vulnerabilidad, tanto por su situación de envejecimiento o enfermedad, como por pertenecer a estratos sociales de mediano y bajo nivel socioeconómico, por lo que no tienen capacidad de pago suficiente para remunerar en forma justa a sus acompañantes, especialmente si las remuneraciones se traducen en valor-hora, teniendo en cuenta la gran cantidad de horas de trabajo diurnas y nocturnas"*.

Al respecto Aguirre (2013) plantea que es importante tener en cuenta que *"la valorización del trabajo de cuidados, la profesionalización y el reconocimiento de los derechos laborales de las cuidadoras son elementos fundamentales para asegurar el derecho de las personas a recibir cuidados de calidad. Es así que los derechos de los trabajadores y el derecho de las personas sujetos de cuidado están estrechamente ligados. El bienestar de los que reciben cuidados depende en gran medida de la calidad del empleo de los que los prestan"*.

Para garantizar la calidad de los cuidados así como el bienestar de la población cuidadora se requiere formación y regulación laboral. Ambos temas son tratados en los capítulos 4 y 7 de este libro.

Las cuidadoras y cuidadores no remunerados

El tiempo destinado al cuidado de niñas y niños y personas en situación de dependencia, según la encuesta de uso del tiempo 2013 relevada por el INE, es 22,4 horas semanales las mujeres y 16,8 horas semanales los varones.

A su vez, 80% de las mujeres que residen con niños/as de 0 a 12 años de edad o personas con discapacidad les brindan cuidados; mientras que solo el 59% o 50% de los varones realiza esa tarea cuando residen con niños/as o personas con discapacidad.

El promedio de horas semanales dedicadas a personas con discapacidad es superior al que se destina al cuidado de niños/as. En el caso de las mujeres destinan 21,2 horas al cuidado de niños/as y 26,3 al cuidado de personas con discapacidad; y los varones, 14,8 horas al cuidado de niños/as y 27,8 horas al cuidado de personas con discapacidad.

17. En base a Aguirre (2013).

Tanto la participación en tareas de cuidado como la brecha de género se incrementan cuando se reducen los ingresos de las personas.

Jóvenes que cuidan en forma no remunerada

Se trata de aquellos jóvenes que cuidan a sus hijos e hijas u otros familiares como abuelos o hermanos, o no familiares como vecinos. En general, la bibliografía describe las responsabilidades de jóvenes que cuidan a sus hijos e hijas y existe muy poca información respecto al cuidado de otras personas. Como aproximación a estas responsabilidades de cuidado menos relevadas, se presentan a continuación algunas características sobre la composición de los hogares (Montti y Sauval, 2014).

Según los datos del censo 2011, hay más de 13.500 jóvenes que viven en hogares donde hay personas con discapacidad[18] y más de 41.000 jóvenes que viven con personas mayores de 74 años (1,73% y 5,37% del total de jóvenes, respectivamente).

El cuidado de niñas/os por parte de jóvenes no se da solo cuando son sus hijas/os sino también para el caso de sus hermanas/os más chicas/os. Si bien no existe información sistematizada respecto a esta situación, se conocen algunas experiencias de programas promovidos desde el MIDES en los que el cuidado de hermanas/os ha surgido como una situación a atender. Por ejemplo, en el caso de Uruguay Trabaja, algunas participantes entrevistadas han planteado que recurren a sus hijas/os mayores para garantizar al cuidado de sus hijas/os más chicas/os mientras ellas participan del programa[19]. Esto también ha surgido en el desarrollo de la prestación de bonos de cuidado de primera infancia para programas prioritarios[20]: en el caso del programa Jóvenes en Red se ha solicitado la prestación de bonos para que jóvenes que son responsables del cuidado de sus hermanas/os más chicas/os puedan participar del programa de bonos.

Asimismo, en intercambios con actores de la Educación (docentes, directores, autoridades de ANEP), desarrollados en el marco del diseño de nuevas prestaciones del SNC, se ha planteado como una realidad en los Centros de Educación Media la situación de algunas estudiantes que aumentan sus inasistencias cuando cumplen tareas de cuidado de sus hermanas/os. Estas experiencias son primeras aproximaciones al cuidado de hermanas/os como una de las estrategias que desarrollan las familias para sostener la inserción laboral de las madres que son, a la vez, las principales generadoras de ingresos y responsables del cuidado de sus hijas/os.

Este es sin duda un campo que requiere de investigaciones específicas para generar un diagnóstico acertado que permita el desarrollo de políticas que tiendan a garantizar la generación de ingresos propios por parte de los adultos del hogar, a la vez que la continuidad educativa de los jóvenes, en particular adolescentes que cursan Educación Media.

Prestaciones para cuidadoras/es no remunerados

Extensión de licencia maternal, licencia paternal y licencias parentales (MTSS-BPS)

En noviembre de 2013 entró en vigencia una nueva ley sobre licencias por maternidad, paternidad y parentales. Esta ley, aprobada en octubre de 2013, regula el subsidio por maternidad otorgado por el BPS, instaura el subsidio por paternidad y regula subsidio por reducción de la jornada laboral para el cuidado de niños y niñas, con el objetivo de promover la corresponsabilidad. El pago de estos servicios no implica un pago extra a la seguridad social; son financiados por el BPS.

Hasta este momento en Uruguay la licencia por maternidad y paternidad en el sector privado incluía únicamente a las y los trabajadores en relación de dependencia. La prestación consta de un subsidio por 12 semanas para las madres y 3 días para los padres (estos últimos a cargo del empleador). La nueva ley extiende los plazos y la cobertura a personas fuera de la relación de dependencia.

En síntesis, la Ley Nº 19.161, de Subsidio por Maternidad y por Paternidad para Trabajadores de la Actividad Privada, establece lo siguiente:

- Nueva regulación al subsidio por maternidad: se incluye a las trabajadoras no dependientes que coticen en la seguridad social del sector privado y que no tengan más de un empleado/a y trabajadoras monotributistas. El beneficio se extiende a 14 semanas.
- 10 días continuos (a partir de 2016) de licencias por paternidad que se acumulan a los tres días que son actualmente financiados por el contratante. Dicha licencia es pagada por la seguridad social y es para los trabajadores dependientes de la actividad privada y los no dependientes que coticen en la seguridad social y que no tengan más de un empleado y monotributistas.
- Medio horario de labor para padre o madre hasta 6 meses del niño o niña (a partir de 2016) a partir del fin de licencia por maternidad. Este beneficio podrá ser utilizado indistintamente y en forma alternada entre el padre y la madre.

18. Se consideran personas con discapacidad aquellas que respondieron que no pueden entender o aprender, caminar o subir escalones, ver u oír, en el módulo sobre limitaciones del Censo 2011.
19. Tomado del informe *Trayectorias vitales de beneficiarios MIDES*, a cargo de la Unidad Multidisciplinaria de FCS y la DINEM, presentado el 28/06/13 en el marco del Grupo de Investigaciones del MIDES.
20. La prestación de Bonos de Cuidado para Programas Prioritarios comenzó a implementarse desde el MIDES en julio de 2013.

La información referida al ejercicio de estos nuevos derechos reconocidos por la ley muestra un mayor número de mujeres que de varones haciendo uso del subsidio parental.

Prestaciones para el cuidado que disponen trabajadores y trabajadoras en función de acuerdos alcanzados en su lugar de trabajo

Los estudios de Salas (2012a, 2012b y 2012c) describen las prestaciones para el cuidado de familiares que reciben los funcionarios del Estado, las que ofrecen los sindicatos a sus afiliados, y las que se acordaron en la cuarta ronda de Consejos de Salarios (2010-11).

Prestaciones para el cuidado de familiares que reciben los funcionarios del Estado

El relevamiento es parcial ya que se basa en una consulta respondida voluntariamente por las instituciones. En el caso de las prestaciones para el cuidado de familiares que reciben los funcionarios del Estado el relevamiento se realizó entre los meses de setiembre y noviembre de 2012 y las mayores tasas de respuesta se dieron en los Poderes del Estado y en los Ministerios (todos respondieron), seguidos de los Entes Autónomos y Servicios Descentralizados (que respondieron 18 de 19), la mayoría de las Intendencias (11 de 19), y un organismo de contralor (sobre un total de 3).

Se los consultó sobre las disposiciones existentes en sus incisos (o eventualmente en sus unidades ejecutoras) sobre servicios de cuidado, transferencias económicas y permisos o licencias especiales existentes para colaborar con los empleados en el cuidado de niños, enfermos, discapacitados o adultos mayores a cargo.

Los servicios de cuidado, o su subsidio, son asignados a sus funcionarios por casi todos los Ministerios, y la mayoría de los Entes y Servicios Descentralizados. En cambio, son infrecuentes en las Intendencias e inexistentes en el resto de los organismos.

La mayoría de estos casos remite a servicios dirigidos a niñas y niños a cargo, en el tramo de primera infancia y educación inicial, y frecuentemente se dirigen también a la cobertura de cuidados en caso de enfermedad de familiares directos. En el caso de los cuidados para primera infancia o su subsidio, son provistos por 10 Ministerios, 11 Entes Autónomos y Servicios Descentralizados, y 2 Intendencias.

El formato de cobertura es extremadamente diverso. De los 16 casos con provisión directa de servicios en instituciones de nivel nacional, en 7 los funcionarios que los utilizan deben aportar a la cobertura de los costos, mientras que en otros 9 se les ofrece de forma gratuita. La franja de edad cubierta también es extremadamente variable e incluye seis formatos: 0-3 años (el formato más frecuente), 0-4, 0-5, 1-5, 2-3 y 2-4 años. En las que subsidian el pago de servicios privados, los topes de montos oscilaban en 2012 entre $ 34.000 y $ 72.000, por año y por niño/a. Cabe agregar que entre las que prestan directamente el servicio el costo por niño era aun más variable, e iba de $ 26.000 a $ 94.000 anuales. Por otra parte, debe tenerse en cuanta que incluye además servicios de calidad extremadamente variada (baste con decir que algunos de ellos ni siquiera cuentan con las condiciones exigidas para autorizar servicios privados).

La cobertura de los servicios que brindaron información totaliza 1.108 niños y niñas (hay 18 instituciones e Intendencias que no brindaron esta información).

Fuera de la primera infancia y la educación inicial, el servicio de cuidado más frecuentemente aplicado como beneficio corporativo es la licencia con goce de sueldo en casos de enfermedad de familiares directos. Esta modalidad se aplica en 4 Ministerios, 7 Entes Autónomos y Servicios Descentralizados, y 4 Intendencias (entre las que respondieron al estudio realizado). Más infrecuente es el reintegro de gastos de atención a familiares con discapacidad, aplicado por 2 Ministerios, y 2 Entes Autónomos (cifra también acotada a los organismos que respondieron la consulta general).

Prestaciones para el cuidado de familiares que ofrecen los Sindicatos a sus afiliados

Los datos se construyeron a partir de la información aportada en respuesta a una encuesta enviada por correo electrónico a dirigentes complementada por llamados telefónicos, en el período comprendido entre el 1º de octubre el 22 de noviembre de 2012.

En particular se les solicitó información sobre las prestaciones que asegura el Sindicato a sus afiliados para colaborar con el cuidado de los niños, enfermos, personas con discapacidad y adultos mayores dependientes.

La encuesta se dirigió a los 47 Sindicatos que integran la Mesa Representativa del PIT-CNT (titulares, alternos o suplentes). Se obtuvieron respuestas de 31 Sindicatos, que representan, según datos de aportados por las organizaciones, en torno a 164.000 trabajadores, aproximadamente el 46% del total de trabajadores uruguayos afiliados al PIT-CNT.

Solo 4 de los 31 Sindicatos que contestaron la consulta ofrecen servicios de cuidado para la primera infancia (13%). Además de estos 4, hay 5 más que aspiran a concretar un servicio de cuidados para la primera infancia.

Solo 2 de los Sindicatos que respondieron la consulta apoyan a los afiliados con el cuidado de los familiares enfermos o con discapacidad a través de fondos solidarios que pueden utilizarse para la compra de prótesis o el pago de otros tratamientos (el Sindicato Único de Telecomunicaciones, SUTEL, y la Agrupación de Funcionarios de UTE, AUTE). En algunos casos afirmaron tener convenios con organiza-

ciones privadas de cuidado de enfermos (Acompaña, Alcance, Amec, etc.) que les permiten adquirir derechos en estas compañías en menos tiempos, aunque se plantea que estos beneficios son poco significativos.

Ninguno de los sindicatos ofrece servicios de cuidados para las personas discapacitadas, niños mayores de 5 años o para los adultos mayores dependientes.

Prestaciones para el cuidado de familiares que se acordaron en la cuarta ronda de Consejos de Salarios (2010-2011)

Se describen las prestaciones presentes en los convenios colectivos tendientes a facilitar el cuidado de los familiares de los trabajadores. Los datos se construyeron a partir de la información obtenida de la totalidad de los convenios colectivos firmados durante la cuarta ronda de Consejos de Salarios (2010-2011) y publicados en el sitio web del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Se analizaron 195 convenios colectivos firmados a nivel de grupos, subgrupos o capítulos de actividad.

Los convenios que involucran prestaciones de cuidado son muy poco frecuentes en Uruguay. Del total de 25 grupos analizados se constata que:

- En 12 grupos no hay ninguna referencia a las prestaciones de cuidado.
- En 6 de los grupos hay acuerdos sobre un tipo de prestación (pero solo en una cantidad minoritaria de los subgrupos que componen el grupo).
- En 5 de los grupos hay acuerdos sobre 2 tipos de prestaciones (pero solo en una cantidad minoritaria de los subgrupos que componen el grupo).
- En 2 de los grupos hay acuerdos sobre 3 tipos de prestaciones (pero solo en una cantidad minoritaria de los subgrupos que componen el grupo).

Las prestaciones más frecuentes son las que refieren a la categoría Licencias y horarios (presentes al menos en algún subgrupo de 11 grupos), seguidas de cerca por las Medidas de apoyo a los cuidados (presentes al menos en algún subgrupo de 9 grupos). Por su parte, los Subsidios para el cuidado de familiares son casi inexistentes (presentes solo algún subgrupo de 2 grupos) y no hay referencias a Servicios de cuidado asegurados por los convenios.

El análisis de los acuerdos sobre **Licencias y horarios** muestra que:

- En subgrupos integrantes de 3 grupos hay acuerdos para la **extensión de la licencia por maternidad** más allá de las 12 semanas garantizadas por ley (que van desde la extensión de dos semanas adicionales no remuneradas hasta opciones remuneradas de 1 o 2 semanas adicionales a los establecido por la legislación).
- En subgrupos integrantes de 4 grupos hay acuerdos para la **extensión de la licencia por paternidad** más allá de los 3 días garantizados por ley (que van desde la no contabilización de los días de licencia si caen en un día no laborable hasta el aseguramiento de uno o dos días adicionales a lo establecido por la ley).
- En subgrupos integrantes de 7 grupos hay acuerdos para una **reducción adicional de la jornada por lactancia** más allá de la hora diaria garantizada por ley (que van desde una reducción no remunerada de la jornada a la mitad hasta opciones remuneradas que agregan a lo establecido por ley desde media hora hasta acuerdos de reducción de la jornada a la mitad).
- En subgrupos integrantes de 2 grupos hay acuerdos para una **ampliación del tiempo de vigencia de la reducción horaria por lactancia** más allá de los tres meses posteriores al reintegro a la actividad asegurados por ley (las opciones van desde 8 a 9 meses remunerados y, en un caso, se cuenta con la posibilidad adicional de cuatro meses más –luego del octavo– no remunerados).
- En un subgrupo integrante de 1 grupo hay acuerdos para una **flexibilidad de horario remunerada por discapacidad o enfermedad de un familiar directo**.
- En subgrupos integrantes de 4 grupos hay acuerdos para otorgar una **licencia con goce de sueldo por enfermedad de familiar directo** (la extensión varía entre 1 y 12 días; en algunos casos está sujeta a que el familiar enfermo tenga una discapacidad o que su enfermedad sea terminal).
- En subgrupos integrantes de 5 grupos hay acuerdos para otorgar una **licencia por responsabilidades familiares que no está específicamente vinculada al cuidado de enfermos** (la extensión va desde los 2 a los 11 días de licencia remunerada y, en un caso, se establece la posibilidad de tres meses de licencia no remunerada; solo puede solicitarse cada tres años).
- No se registran acuerdos para la realización de tareas desde el hogar (teletrabajo).

El análisis de los acuerdos sobre **Medidas de apoyo a los cuidados** muestra que:

- En subgrupos integrantes de 4 grupos hay acuerdos para la **reubicación de trabajadoras embarazadas** que desarrollan tareas peligrosas en su situación.
- En 2 subgrupos integrantes de 1 grupo hay acuerdos para el otorgamiento de **permisos para la realización de controles de embarazo** (8 horas por mes).
- En subgrupos integrantes de 4 grupos hay acuerdos para el otorgamiento de una **prima por nacimiento**.
- En subgrupos integrantes de 2 grupos hay acuerdos para el aseguramiento de un **lugar en condiciones para amamantar**.

- En subgrupos integrantes de 3 grupos hay acuerdos para el otorgamiento de una **prima anual por tener a los hijos escolarizados**.
- En ningún grupo hay acuerdos para el otorgamiento de apoyos para la compra de prótesis u ortésis o de viáticos por enfermedad de un familiar.

El análisis de los acuerdos sobre **Subsidios para el cuidado de familiares** muestra que:

- En un capítulo integrante de 1 grupo hay acuerdos para el otorgamiento de **asignaciones familiares compensadas** u otros apoyos por hogar constituido o niños/as a cargo.
- En un subgrupo integrante de 1 grupo hay acuerdos para el otorgamiento de **reintegro de gastos por educación inicial**.
- En ningún grupo hay acuerdos para el otorgamiento reintegros de gastos por atención y cuidado de personas con discapacidad o adultos mayores dependientes.

En términos generales, hay una baja presencia de acuerdos en torno a prestaciones de cuidados en la cuarta ronda de negociación colectiva procesada en Uruguay (2010-2011). Algunas prestaciones, como los servicios de cuidado, se encuentran totalmente ausentes, mientras que la discusión sobre licencias especiales presenta un desarrollo mayor.

Se constata una situación heterogénea en cuanto al aseguramiento de prestaciones de cuidados en los distintos grupos. En algunos se encuentra una situación relativamente desarrollada de la discusión sobre estos derechos (sector financiero y de la salud) mientras que hay 11 grupos donde esta discusión no está presente. En la industria hay un cierto desarrollo de la discusión sobre los derechos al cuidado, pero en el sector primario, la agroindustria y en sectores fuertemente feminizados como el del trabajo doméstico y la enseñanza el tema está totalmente ausente.

Síntesis de la oferta y demanda de prestaciones para la población cuidadora

- Tanto las tareas de cuidado remuneradas como no remuneradas se encuentran altamente feminizadas.
- Cerca del 20% del empleo femenino se concentra en este sector, y 95% de los trabajadores del sector son mujeres.
- El cuidado de enfermos es el peor remunerado, las jornadas laborales son más extensas, las cuidadoras son de mayor edad y poseen menor nivel educativo. Por el contrario, la población que cuida niños es la más joven y con mayor formación.
- Se trata de empleos altamente informales (61% no aporta a la seguridad social) y con gran rotación.
- Hay que tener en cuenta que el bienestar de los que reciben cuidados depende en gran medida de la calidad del empleo de los que prestan (Aguirre, 2013).
- Respecto al cuidado no remunerado, según la EUT 2013 las mujeres participan más y dedican más tiempo que los varones. El tiempo promedio destinado a los cuidados es 22,4 horas semanales las mujeres y 16,8 horas semanales los varones.
- Hay que atender urgentemente la situación de las y los jóvenes responsables del cuidado de sus hermanas/os, para que los adultos responsables del hogar puedan insertarse en el mercado laboral. Ello afecta su proyecto de vida y la continuidad de sus estudios. Empezó a visualizarse como un problema a través de los programas que implementa el MIDES y, por el momento, la solución ha sido apoyar a esos hogares con el programa de bonos para el cuidado (que en su redefinición más reciente se denomina CISEPI).
- Para la población cuidadora no remunerada se ha implementado una extensión de la licencia maternal y paternal, y una reducción horaria para el cuidado que puede ser utilizada por padres y madres. Dado el déficit de servicios y prestaciones para atender la población menor de un año es imprescindible ofrecer estos permisos a madres y padres por un período mayor.
- A su vez, existen prestaciones ofrecidas por los organismos del Estado a sus funcionarios, por los sindicatos o conquistadas a través de la negociación colectiva pero que solo cubren una parte de los trabajadores asalariados formales y que se circunscriben a una gama reducida de opciones, como servicios de guardería, licencias o flexibilización horaria por enfermedad de hija/o o familiar directo, extensión de las licencias por maternidad y paternidad (con vigencia anterior a la reciente ley), reintegro de gastos de atención a familiares con discapacidad (muy pocos casos), y convenios con empresas de servicios de compañía en sanatorio y a domicilio.
- Por lo tanto, la oferta de servicios y prestaciones para la población cuidadora debe ampliarse tanto a través de prestaciones a las familias para redistribuir las tareas de cuidado entre varones y mujeres, y para que el Estado asuma un mayor rol en la provisión del cuidado (reduciendo la carga en las familias). También se debe avanzar en formación para las/os cuidadoras/es y en regulación laboral.

Principales elementos del capítulo

- La insuficiencia de servicios y prestaciones es generalizada para todas las poblaciones en situación de dependencia.
- Por ello se requiere una batería de instrumentos para atender a las distintas poblaciones.
- En la población infantil, la mayor exigencia está en el aumento de la cobertura de los más chiquitos (0 a 3 años) y la provisión de servicios a contrahorario, ya que de 4 años en adelante la oferta se limita a 4 horas diarias.
- La población adulta mayor y la población con discapacidad en situación de dependencia no representa una proporción significativa de la población, por lo cual debería ser posible atender sus necesidades de cuidados sin generar costos muy elevados.
- Hay que tener en cuenta que una proporción significativa de adultos mayores en situación de dependencia viven solos, y una proporción significativa de niños y jóvenes con limitaciones moderadas y severas viven en hogares monoparentales.
- Hay necesidad de regular servicios como el de compañía en sanatorio y domicilio.
- Los programas que se han venido desarrollando en el marco del SNC deberán ampliarse y readecuarse en función de la experiencia recogida durante su implementación.
- Para la población cuidadora también se deberá avanzar en las prestaciones para el cuidado (licencias y servicios), así como en la regulación laboral y la formación.

Anexo estadístico

Cuadro A1. Tipo de hogar de las personas mayores, según tramo etario. En porcentajes

Tipo de hogar	65-74	75-79	80 y más	Total
unipersonal	23,0	29,2	32,3	**26,7**
pareja sola	35,0	32,0	22,1	**31,0**
pareja e hijos	11,3	6,4	3,7	**8,3**
jefe e hijos	5,7	5,9	6,4	**5,9**
trigeneracional	4,0	4,4	5,4	**4,5**
extendido	18,1	19,0	26,0	**20,3**
compuesto	3,0	3,0	4,2	**3,3**
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos del Censo de Población y Vivienda 2011.

Cuadro A2: Tipo de hogar de las personas menores de 65 años, según tramo etario. En porcentajes

Tipo de hogar	menores de 14	14-29	30-45	46-64	Total
unipersonal	0,0	3,7	6,2	11,7	**5,4**
pareja sola	0,0	7,2	9,0	19,3	**8,9**
pareja e hijos	62,3	45,3	55,4	34,6	**49,2**
jefe e hijos	12,7	13,4	9,7	9,3	**11,3**
trigeneracional	5,7	5,4	4,1	4,3	**4,9**
extendido	15,7	20,3	12,5	17,7	**16,6**
compuesto	3,6	4,7	3,1	3,1	**3,7**
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos del Censo de Población y Vivienda 2011.

CAPÍTULO 3

Cuidados en el territorio

Introducción

El presente capítulo tiene como objetivos, por un lado, conocer algunas características de los servicios de cuidados en el interior del país y, por otro lado, realizar una aproximación cuantitativa a la demanda potencial de estos servicios desde un enfoque territorial.

De acuerdo al documento *Hacia un modelo solidario de cuidados* (GT, 2012), validado por el Gabinete Social, uno de los principios orientadores en la construcción de un futuro SNC debe ser la descentralización territorial. Es en este sentido que el SNC buscará *"generar 'servicios de cercanía' lo suficientemente flexibles como para tener en cuenta las necesidades específicas de cada comunidad en el servicio otorgado"*. Para cumplir con este propósito es vital conocer, por un lado, la oferta de servicios existente en todo el territorio nacional, es decir, las características de los centros de cuidado que existen en nuestro país y dónde se encuentran localizados, y, por otro lado, la posible demanda, es decir, las características de la población en el territorio. El presente capítulo busca aportar información en ambos sentidos.

El relevamiento de servicios de cuidado realizado por el MIDES en todos los departamentos del interior del país[1] tiene como propósito justamente conocer las características de los centros de cuidado en cada departamento. A su vez, el Censo Nacional de Población 2011 y la Encuesta Continua de Hogares 2013 son las fuentes principales para describir las características de la población cuando el interés está en la aproximación territorial. Por lo tanto, el relevamiento realizado por el MIDES constituye una de las principales fuentes de información utilizadas para conocer la oferta de servicios, mientras que el censo y la encuesta cumplen esta función para conocer la demanda.

La primera sección de este capítulo refiere a la demanda potencial de servicios de cuidados a nivel territorial, donde se incluye una breve descripción sociodemográfica de la población, haciendo énfasis en las tres poblaciones objetivos para el SNC y en la distribución de estas a nivel departamental. Para esto se utilizan algunos indicadores de forma tal de tratar de aproximar la demanda potencial de servicios de cuidado en el departamento. La información utilizada proviene del Censo Nacional de Población 2011. La segunda sección refiere a la oferta de los servicios de cuidados, donde se describen las principales características de los centros de cuidados que fueron relevados. Se presenta la información recabada en el relevamiento de servicios realizado por el MIDES sobre la cantidad de centros relevados, el tipo de población que atienden, su localización, el personal que trabaja en estos centros y los usuarios que son atendidos. En tercer lugar, se presenta un breve resumen por tipo de población de las principales problemáticas que han surgido de la etapa de debate de cuidados, que se llevó a cabo en todo el país durante los meses de agosto y noviembre de 2011, y las principales conclusiones se recogen en el libro *Rendición social de cuentas. Etapa de debate* (GT, 2012). Sobre el final del capítulo, se agrega un anexo estadístico donde se presenta información para los departamentos con mayor detalle y un anexo metodológico en el que se detallan brevemente las características del relevamiento de servicios de cuidado.

Por último, cabe resaltar que se elaboraron informes para cada departamento, los cuales contienen información adicional a la que se presenta en este capítulo. Estos informes se encuentran disponibles para consulta de los actores locales interesados.

Características generales de la población

Según datos del Censo de Población 2011, la población del Uruguay asciende a 3.285.277 de habitantes en todo el país. La estructura por sexo de la población indica que el 51,99% son mujeres y el restante 48,01% son varones. Río Negro es el único departamento del país en donde la proporción de varones es superior a las mujeres, mientras que en San José, se reparte en partes iguales. En Montevideo es donde las mujeres aparecen mayormente representadas, situándose por encima del promedio nacional. Luego le siguen Canelones, Cerro Largo, Rivera y Treinta y Tres.

Respecto de la estructura por edad de la población, se observa una población relativamente envejecida, en donde el

1. En este momento se está realizando el trabajo de campo en Montevideo.

14,11% de la población son personas mayores (65 años y más) y tan solo el 5,32% tiene entre 0 y 3 años de edad.

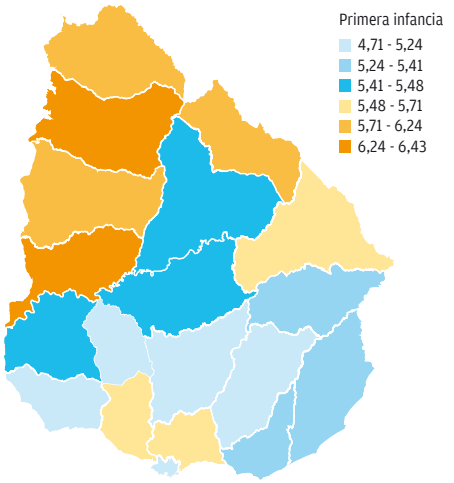
En los Mapas 1 a 3 se presenta la proporción de niños y niñas de 0 a 3 años de edad, de personas mayores y de personas con limitaciones moderadas y severas por departamento. Estas poblaciones nos aproximan a la población objetivo del SNC[2]. En el caso de las personas con discapacidad moderada y severa, las limitaciones se calculan para aquellas personas entre 6 y 64 años de edad inclusive, de forma tal de que esta subpoblación no se superponga con la de personas mayores y porque no se disponen datos sobre los distintos tipos de limitaciones para los menores de 6 años.

La distribución de cada una de estas poblaciones no es homogénea a nivel departamental[3]. En el caso de las niñas y niños de 0 a 3 años de edad, los departamentos con una mayor proporción de esta población son Río Negro (6,43%), Salto (6,24%), Rivera (6,01%) y Artigas (5,95%), todos ellos situados en el norte y litoral del país. Los demás departamentos de estas regiones también se encuentran por encima del promedio nacional, por lo que la mayor proporción de niños y niñas entre 0 y 3 años de edad se concentra en estas.

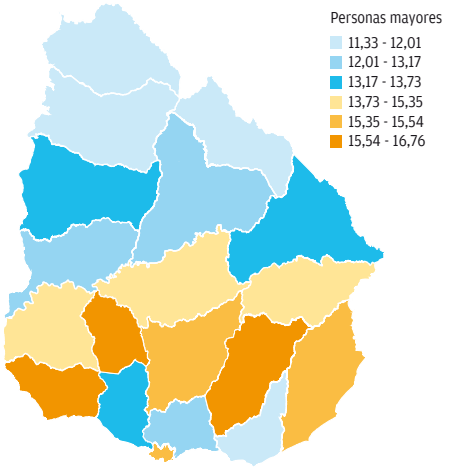
En el caso de las personas mayores, los departamentos que concentran una mayor proporción son Lavalleja (16,76%), Colonia (16,06%), Flores (15,54%) y Florida (15,49%), todos estos localizados en el centro sur del país, por lo que se puede afirmar que esta es la zona donde hay una mayor proporción de personas mayores.

Por último, en caso de las personas con limitaciones moderadas y severas, no se encuentra que una región en particular concentre una mayor prevalencia. De todas formas, los departamentos donde se encuentran los mayores porcentajes son Rivera (3,88%), Rocha (3,73%), San José (3,56%) y Tacuarembó (3,54%). Tal como se observa, se encuentran departamentos del norte del país, del este y de la zona metropolitana a la capital.

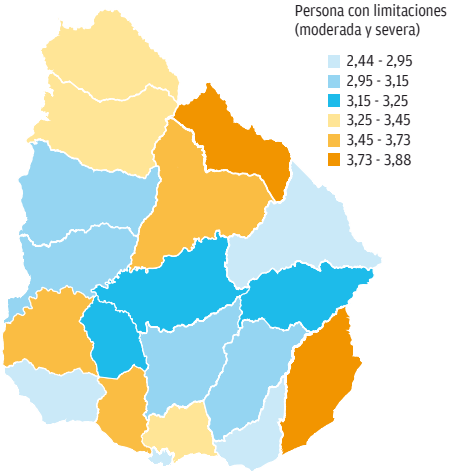
Mapa 1. Proporción de la población entre 0 y 3 años por departamento. En porcentajes



Mapa 2. Proporción de la población de 65 y más años por departamento. En porcentajes



Mapa 3. Proporción de la población que tiene limitaciones moderadas y severas por departamento. En porcentajes



Fuente: DNPS, en base al Censo Nacional de Población 2011.

2. Las poblaciones objetivo del SNC son (1) los niños de 0 a 3 años, (2) las personas mayores en situación de dependencia, (3) las personas con discapacidad en situación de dependencia y (4) las personas que cuidan. El primer grupo se puede definir correctamente por el censo ya que el único requisito es la edad. Sin embargo, el caso de los grupos 2 y 3 presenta ciertas limitaciones metodológicas. Si bien el censo no permite encontrar a las personas que están en situación de dependencia como se define para el SNC, la mejor aproximación es hacerlo por la edad para el caso de las personas mayores y por las preguntas sobre limitaciones para las personas con discapacidad. Como no es posible distinguir la razón de la dependencia, se realiza el corte por la edad, restringiendo el análisis del tercer grupo para las personas entre 6 y 64 años.
3. En el anexo estadístico se presenta el mismo cuadro con el detalle de cada población para cada departamento.

Primera infancia

En este apartado se presentan algunos indicadores que sirven para aproximar las posibles necesidades de cuidados que pueden existir en esta población en cada departamento.

En primer lugar, se considera la asistencia a algún centro educativo de los niños y niñas de 0 a 3 años de edad. La información a nivel nacional se presenta en el Cuadro 10, mientras que el detalle por departamento se presenta en el anexo de este capítulo.

Cuadro 10. Asistencia de niños y niñas de 0 a 3 años a un centro educativo. En porcentajes

Edad	0	1	2	3	Total
Asistencia	7,42	25,25	45,00	62,69	35,69

Fuente: DNPS, en base a la ECH 2013.

Tal como se observa en el Cuadro 10, el 35,69% de los niños y niñas de 0 a 3 años de edad asisten de forma diaria a un centro educativo. La cobertura aumenta a medida que aumenta la edad del niño/a, siendo, por ejemplo, de 25,25% cuando tienen un año de edad, para pasar al 62,69% cuando el niño o niña tiene 3 años.

A continuación, en el Cuadro 11 se presenta la asistencia de los niños y niñas de 0 a 3 años según el tipo de centro al que concurre, es decir, si es privado, público, o un centro CAIF.

Cuadro 11. Asistencia de niños y niñas de 0 a 3 años a un centro educativo por tipo de centro. En porcentajes

Edad	0	1	2	3	Total
No asiste	92,58	74,75	55,00	37,31	64,31
Público	0,93	2,18	5,23	18,24	6,79
Privado	2,14	10,29	21,64	27,40	15,68
CAIF	4,35	12,78	18,13	17,04	13,23
Total	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**

Fuente: DNPS, en base a la ECH 2013.

Al observar los centros por separado, los centros educativos privados son aquellos que representan un mayor porcentaje de la asistencia de la cobertura de los servicios. Pero si se consideran los Centros CAIF y los públicos, supera a la privada en todas las edades consideradas.

En la distribución por departamento surgen importantes diferencias (Cuadro 12). En Flores es donde se encuentra una mayor asistencia en casi todas las edades consideradas. La asistencia en 3 años (88,7%) es similar a la que observa para las edades siguientes. Esto mismo se observa en Durazno. Otros departamentos con una alta asistencia son Colonia, Lavalleja y Artigas. Todos ellos, menos Artigas, son departamentos con una población relativamente envejecida.

Cuadro 12. Asistencia de niños y niñas de 0 a 3 años a un centro educativo por departamento. En porcentajes

Edad	0	1	2	3	Total
Artigas	8,75	36,01	49,30	69,95	44,08
Canelones	9,32	21,81	38,90	61,00	34,01
Cerro Largo	2,44	33,24	48,34	66,11	38,33
Colonia	5,63	28,29	40,61	69,76	35,33
Durazno	3,19	5,32	43,91	81,03	34,95
Flores	9,76	19,94	69,81	88,79	53,25
Florida	13,60	15,75	35,51	53,94	27,76
Lavalleja	14,43	38,03	56,16	69,27	48,21
Maldonado	4,51	9,88	24,76	59,08	25,72
Montevideo	6,22	26,03	52,24	68,27	38,25
Paysandú	19,31	57,50	62,82	67,75	51,63
Río Negro	21,40	40,99	41,96	49,19	38,84
Rivera	0,00	10,71	14,20	44,43	19,19
Rocha	1,94	11,27	36,85	41,96	24,05
Salto	16,08	33,18	44,20	61,02	38,06
San José	4,02	13,68	40,56	43,33	24,72
Soriano	2,90	42,69	38,65	54,68	36,41
Tacuarembó	3,87	27,16	36,77	41,67	27,72
Treinta y Tres	8,39	35,99	53,50	54,19	42,34

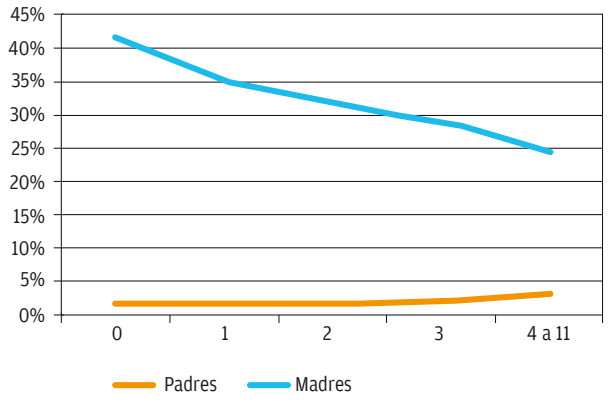
Fuente: DNPS, en base a la ECH 2013.

Por el contrario, aquellos departamentos que presentan una menor asistencia son Río Negro, Rivera, Rocha, San José y Tacuarembó. Rivera tiene los guarismos menores. En este departamento, ningún niño/a de hasta 12 meses asiste a un centro educativo, y esa cifra se sitúa por debajo del 20% cuando se considera primera infancia en su conjunto.

Por otro lado, se analiza la participación en el mercado laboral de las madres y padres con hijos/as menores de 12 años de edad, lo que se recoge en el Gráfico 4. Allí se observa que la participación de los padres es significativamente superior a la participación de las madres para todas las edades de los hijos/as consideradas. Al considerar niños y niñas de entre 0 y 11 años, se observa que a medida que aumenta la edad del hijo o hija cae la inactividad de las madres, mientras que la de los padres se mantiene estable, e incluso participan más en el mercado laboral cuando sus hijas e hijos son más pequeños, comportándose de manera opuesta a las madres.

Al analizar la situación a nivel departamental se observan importantes diferencias en cuanto a la inactividad de las madres. Sin embargo, las tendencias a nivel país se observan en todos los departamentos: en el caso de los padres la participación laboral se mantiene elevada y estable en todos los departamentos, mientras que en las mujeres se encuentra un aumento de la actividad laboral de las madres al aumentar la edad de sus hijas/os.

Gráfico 11. Proporción de madres y padres inactivas/os por edad del/a hijo/a menor



Fuente: DNPS, en base al Censo Nacional de Población 2011.

Las diferencias entonces se producen en el punto de partida, es decir, cuando la hija/o no alcanza el año de edad. Acá se observa que hay ciertas regiones en donde la inactividad de las mujeres madres es ampliamente superior a otras. En los departamentos del norte y algunos del este del país es donde se presenta la mayor inactividad de las mujeres madres. Esto se observa para los departamentos de Artigas, Cerro Largo, Tacuarembó, Rivera y Salto, donde la inactividad de las madres que tienen hijos/as menores de un año de edad supera el 50%. Mientras que Rocha y Treinta y Tres son los departamentos del este donde se observa la mayor inactividad de las madres con hijos/as menores de un año. En particular Rocha, donde se observa la mayor tasa de inactividad, la cual alcanza al 56,87%.

Por el contrario, en Montevideo es donde se observa una menor inactividad en las madres con hijos/as menores de un año, alcanzando el 32,23%. En los departamentos de la zona metropolitana y el centro del país es donde se observa los registros más bajos luego de la capital, principalmente en Flores y Colonia.

Personas mayores

En el caso de las personas mayores se analiza la composición del hogar en donde viven. Previamente, cabe destacar que los hogares en los que vive al menos una persona mayor representan el 25,1% del total de los hogares particulares del país. El departamento en donde se observa la mayor presencia de personas mayores es Maldonado, donde se encuentra al menos una de estas en 29,4% de los hogares particulares del departamento. Luego le siguen en importancia los departamentos de Florida y Lavalleja, con 29% y 28,7%, respectivamente. En el anexo se presenta el detalle para cada uno de los departamentos.

En el Cuadro 13 se analiza la composición de los hogares[4] particulares en donde viven las personas mayores. Allí se observa que 27,67% viven en hogares unipersonales, en tanto que 30,61% vive con su pareja solamente. Por su parte, más de un cuarto vive en hogares extendidos y compuestos. Las personas mayores que viven solamente con su/s hija/s o hijo/s o del cónyuge representan algo más del 14% del total.

Cuadro 13. Porcentaje de personas mayores (65 años y más) según tipo de hogar por tramos de edad

	65 a 74 años	75 a 79 años	80 años y más	Total
unipersonal	24,01	30,17	33,21	27,67
pareja sin hijos	34,56	31,56	21,80	30,61
biparental	11,15	6,35	3,63	8,21
monoparental	5,58	5,82	6,30	5,82
extendido	21,78	23,11	30,96	24,45
compuesto	2,91	2,99	4,09	3,24
Total	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**

Fuente: DNPS, en base al Censo Nacional de Población 2011.

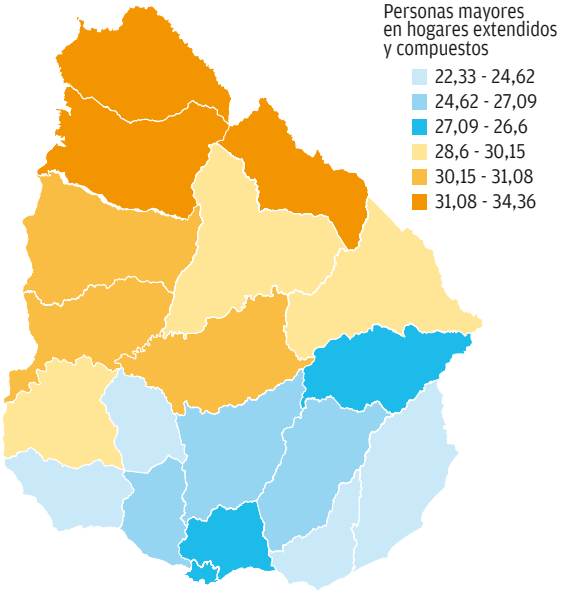
Cuando se analiza por tramos de edad, a medida que aumenta la edad también aumenta la importancia de los hogares unipersonales, monoparentales y extendidos, al tiempo que descienden las parejas sin hijos y los biparentales con hijos. Esto podría suceder por la pérdida de uno de los dos integrantes de la pareja. Cabe destacar que estas tendencias que se presentan a nivel país se registran en todos los departamentos sin excepciones, tanto en la importancia relativa de las distintas configuraciones de hogar como en la evolución de estas a medida que se consideran tramos de edad más avanzados dentro de la población de personas mayores.

De acuerdo a un estudio de Abellán y Ayala (2012) para España y el resto de Europa, en los hogares compuestos y extendidos es donde se observa una mayor dependencia severa en las personas mayores. Dada la composición del hogar, es posible que el cuidado de estas personas mayores recaiga sobre otros miembros del hogar. Esta medida nos acerca a la potencial demanda de cuidado en este tipo de hogares para esta población. Por el contrario, en los hogares unipersonales es donde posiblemente se encuentre un mayor porcentaje de personas mayores autónomas. Los autores encuentran una mayor dependencia leve en este tipo de hogar.

4. La tipología de hogares utilizada define: unipersonal: persona viviendo sola; biparental sin hijos: personas sin hijos en el hogar; biparental con hijos: pareja con hijos en el hogar; monoparentales: madre o padre con hijos; extendidos: pareja o madre/padre con hijos/as y otro pariente; compuestos: pareja o madre/padre con hijos/as y/u otro pariente y/u otro miembro no pariente.

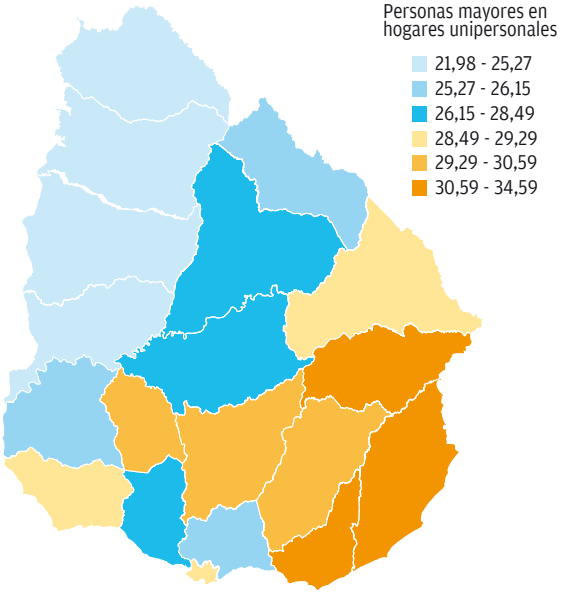
A continuación (Mapa 4 y Mapa 5) se presenta el porcentaje de personas mayores que viven en estos tipos de hogar por departamento.

Mapa 4. Proporción de personas mayores en hogares extendidos y compuestos. En porcentajes



Fuente: DNPS, en base al Censo Nacional de Población 2011.

Mapa 5. Proporción de personas mayores en hogares unipersonales. En porcentajes



Fuente: DNPS, en base al Censo Nacional de Población 2011.

Tal como se observa en el Mapa 4, los departamentos situados al norte del Río Negro son aquellos donde los tipos de hogar extendido y compuesto tienen la mayor importancia en la composición del hogar para las personas mayores. En los departamentos de Artigas, Rivera, Paysandú, Salto y Río Negro el porcentaje de personas mayores viviendo en este tipo de hogares supera el 30%. Por el contrario, en aquellos departamentos del sur del Río Negro, la incidencia de este tipo de hogar es menor, con la excepción de Durazno, en particular en los departamentos que tienen un mayor porcentaje de personas mayores en el total de su población: Colonia, Lavalleja, Florida y Rocha.

En el Mapa 5 se presenta el porcentaje de personas mayores que viven en hogares unipersonales por departamento. Los departamentos del este del presentan un mayor porcentaje de personas mayores viviendo en esos hogares. Es el caso de Treinta y Tres, Rocha y Maldonado. Por el contrario, en aquellos del norte y litoral del país este tipo de hogar es menos importante en términos relativos para las personas mayores.

En los mapas anteriores se observa la presencia de personas mayores en los hogares particulares únicamente. Si se analiza la presencia de estos en hogares colectivos, se obtiene que 11.560 personas mayores viven en residenciales de larga estadía y 1.498 en otros hogares colectivos[5] de acuerdo a los datos del Censo 2011.

Personas con discapacidad en situación de dependencia

En el Cuadro 14 se presenta la prevalencia de limitaciones, particularmente de las moderadas y severas. La prevalencia de limitaciones[6] implica la presencia de alguna limitación en las personas, sin diferenciar su nivel. En la última columna se presenta la importancia que tienen las moderadas y severas en la prevalencia de limitaciones.

Cuadro 14. Prevalencia y limitaciones moderadas y severas. Total país (2011)

Prevalencia de limitaciones		Prevalencia de limitaciones moderadas y severas		
Cantidad	Porcentaje en el total	Cantidad	Porcentaje en el total	Porcentaje en el total de la población con limitaciones
298.014	12,06%	75.278	3,05%	25,26%

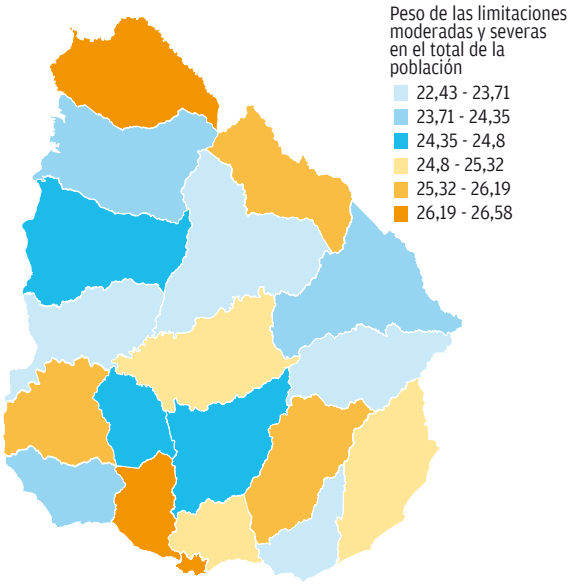
Fuente: DNPS, en base al Censo Nacional de Población.

Tal como se observa en el Cuadro 14, 12,06% de la población entre los 6 y 64 años de edad tiene al menos una limitación, mientras que 3,05% tiene al menos una limitación

5. Incluye las siguientes categorías: hotel o pensión, hospital o sanatorio, residencial de estudiantes, casa de peones, internado religioso, establecimiento de reclusión, hogar de guardia, cuartel militar o policial u otro colectivo.
6. El módulo de discapacidad del Censo pregunta sobre las dificultades permanentes para ciertas actividades de la vida diaria: ver, oír, caminar o subir escalones, y entender y/o aprender. Estas variables están ordenada en cuatro categorías: 1. No tiene dificultad, 2. Sí, alguna dificultad, 3. Sí, mucha dificultad y 4. Sí, no puede hacerlo. En este documento se asocian las últimas tres categorías con limitaciones leves, moderadas y severas, respectivamente.

moderada o severa. Esto significa que aproximadamente un cuarto (25,26%) de las personas con limitaciones tiene alguna moderada o severa.

Mapa 6. Peso de las limitaciones moderadas y severas en el total de la población con limitaciones. En porcentajes



Fuente: DNPS, en base al Censo Nacional de Población 2011.

Al analizar esta misma información por departamento (Mapa 6) se observa que, tal como se mencionó anteriormente, los departamentos de Rivera, Rocha, San José y Tacuarembó son los que presentan una mayor incidencia de limitaciones moderadas y severas. Sin embargo, aquellos donde estas limitaciones representan un mayor porcentaje dentro de la población con limitaciones son los departamentos de San José (26,58%) Montevideo (26,57%), Artigas (26,19%) y Rivera (26,01%).

Características de los centros de cuidado

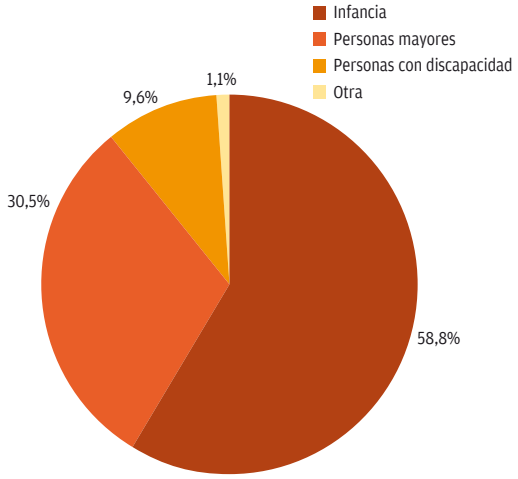
En esta sección se presentan los datos del relevamiento de servicios de cuidado realizado por el MIDES entre setiembre de 2012 y diciembre de 2013 para los 18 departamentos del interior (el relevamiento para Montevideo está en curso). La información que se presenta a continuación se corresponde con los centros que fueron efectivamente relevados y, por tanto, no refleja la totalidad de los centros de cuidado existentes en el país. Además, algunos centros de cuidado optaron por no responder el formulario. Por lo tanto, los centros relevados son una parte importante, pero no la totalidad de los centros de cuidado en cada departamento.

Centros según tipo de población

Se relevaron en todo el país 1.256 centros, de los cuales 1.243 son considerados centros de cuidado, mientras que 13 no lo son[7].Por otro lado, se identificaron 64 centros que no fueron encuestados (porque se negaron a responder el formulario –en la mayoría de los casos–, o bien no se pudo coordinar la entrevista). De estos 64 centros, 34 son residencias de larga estadía para personas mayores, 15 son centros privados para primera infancia, 7 son centros para personas con discapacidad en situación de dependencia, 3 son empresas de acompañantes y los restantes 4 son centros públicos para primera infancia, entre otros. Por tanto, se analizan a continuación los resultados obtenidos para 1.243 centros de cuidado relevados.

En el Gráfico 5 se presenta la distribución de los centros según el tipo de población que atienden. Se encuentra que el 58,8% de los centros relevados trabajan con infancia; el 51,97% de estos trabajan específicamente con primera infancia, es decir niños y niñas de 0 a 3 años. Por otro lado, 30,5% centros trabajan con personas mayores y 9,6% atienden a personas con discapacidad en situación de dependencia. Luego, el 1,1% restante trabaja con otra población (en la mayoría de los casos, adolescentes).

Gráfico 5. Centros de cuidado según tipo de población que atienden

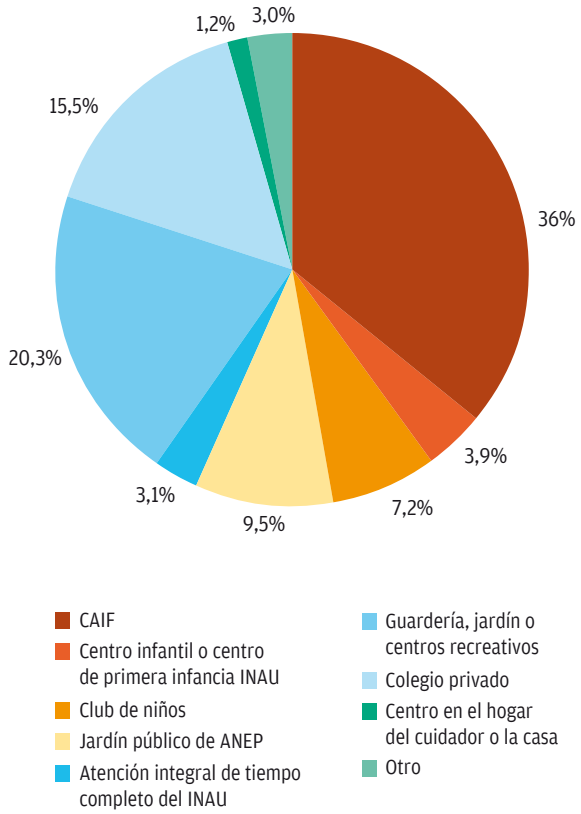


Fuente: DNPS, en base al relevamiento nacional de centros de cuidado 2012-2013.

Al analizar el tipo de centro según la población a la cual se dirige, se encuentra que los centros CAIF representan el 36% para primera infancia (Gráfico 6). Les siguen las guarderías (20,3%), los colegios privados (15,5%), los jardines de infantes públicos de ANEP (9,5%), los centros del INAU y los centros privados.

7. Estos centros se distribuyen de acuerdo a la población que atienden de la siguiente manera: 4 de ellos atienden a primera infancia, l para personas mayores, 5 atienden a personas con discapacidad y 3 a otra población. Estos últimos en todos los casos trabajan con adolescentes.

Gráfico 6. Distribución de centros de cuidado para primera infancia según tipo de centro



Fuente: DNPS, en base al relevamiento nacional de centros de cuidado 2012-2013.

Teniendo en cuenta el carácter público o privado de la oferta de estos servicios identificados, se observa que predomina la oferta pública, que representa el 62,5% del total de la oferta de los centros de cuidado en primera infancia. Un aspecto a resaltar sobre la oferta privada en primera infancia es que presenta importantes variaciones de acuerdo a la región que se analiza. En algunos departamentos la oferta pública supera el 80% de los centros relevados. Estos son los casos de Artigas, Rocha y Durazno, mientras que en Cerro Largo, Paysandú, Río Negro, Rivera, Salto, San José y Tacuarembó supera el 70%. Por el contrario, en los departamentos de Colonia y Canelones es donde la oferta privada de servicios parece encontrarse más desarrollada. En ambos departamentos la oferta privada supera a la pública, siendo en Canelones de 57,1% y en Colonia de 51,9%.

En cuanto a los servicios para personas mayores, se observa que gran parte de los servicios identificados y relevados son residencias de larga estadía, que representan aproximadamente el 89% de los centros relevados para esta población. Luego se observan las empresas de acompañantes, las cuales representan el 9,2% de los servicios relevados para esta población. Por tanto, se puede afirmar que casi la totalidad de la demanda se encuentra cubierta por estas modalidades de servicio.

Por último, en lo que refiere a las personas con discapacidad en situación de dependencia, de acuerdo con los servicios identificados y relevados, el 74,2% de los servicios son centros diurnos o de rehabilitación y el 12,6% son residencias de larga estadía.

Distribución territorial de los centros de cuidado

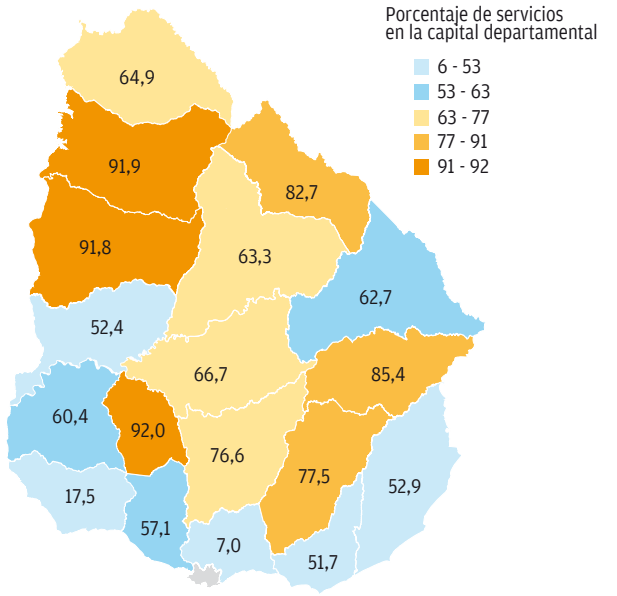
Respecto de la distribución en el territorio de los centros de cuidado, se encuentran algunas regularidades en todo el país. En primer lugar, en casi todos los departamentos los servicios aparecen concentrados en las capitales departamentales[8]. Este porcentaje es particularmente elevado en los departamentos de Salto, Paysandú y Flores. En el caso de Flores y Salto, la población residente del departamento está concentrada en la capital, con porcentajes que rondan el 85% en ambos casos. En Paysandú este porcentaje es inferior, lo que denota aun más la escasez relativa de servicios fuera de la capital. En Rivera, Treinta y Tres, Lavalleja y Florida este porcentaje también es elevado, superando en todos los casos el 75%.

Por el contrario, en los departamentos de Canelones y Colonia la concentración de los servicios no es tal sino que se observa una mayor dispersión, lo cual se relaciona con una distribución más equitativa de la población entre las distintas localidades. En el caso de Colonia, solamente el 17,5% de los servicios identificados se encuentran en Colonia del Sacramento, siendo relevantes los centros de cuidados en las localidades de Carmelo, Juan Lacaze, Colonia Valdense, Nueva Helvecia, Rosario y Tarariras. En el caso de Canelones, los centros de cuidado relevados pertenecen a una gran cantidad de localidades del departamento, en donde se destaca la Ciudad de la Costa, la cual concentra el 26,36% de los servicios que fueron relevados. Otras localidades importantes en este sentido son la capital Canelones, Las Piedras, Pando, Santa Lucía, Barros Blancos y Atlántida.

En la concentración de los centros de cuidado según el tipo de población que atienden, se observan diferencias importantes. Los centros que atienden a la infancia se encuentran mayormente distribuidos entre las localidades más y menos pobladas en cada departamento. La explicación de este fenómeno se debe a la importante oferta de servicios públicos en localidades más pequeñas, específicamente los centros CAIF, en tanto que la oferta privada de servicios se encuentra concentrada en las capitales departamentales principalmente. Esto se observa en algunos departamentos del centro del país, como Durazno, Flores, Florida y Lavalleja. Tienen la particularidad de ser departamentos con población escasa y relativamente envejecida. En todos ellos, los

8. Puede haber cierto sesgo en cuanto al relevamiento, debido a la localización de los equipos técnicos que realizaron el trabajo de campo, que se ubicaron en las capitales o localidades más importantes.

Mapa 7. Proporción de servicios en la capital departamental. En porcentajes



Fuente: DNPS, en base al relevamiento nacional de centros de cuidado 2012-2013.

centros relevados se ubican en la capital, con excepción de Lavalleja, en donde se identificó uno fuera de Minas. Por otra parte, también se concentran los servicios privados en estas en aquellos departamentos que concentran un gran porcentaje de la población en la capital o en las localidades grandes. Es el caso de los departamentos del norte y litoral del país: Salto, Paysandú, Artigas, Rivera, Tacuarembó, Soriano y Río Negro.

Los departamentos de la zona metropolitana, además de Colonia y Maldonado, son aquellos en donde se presenta una mayor dispersión de los servicios privados para primera infancia. Con la excepción de San José, en esos departamentos la oferta privada se encuentra más extendida.

En el caso de las personas mayores y con discapacidad, los servicios se encuentran concentrados en las capitales departamentales. En los servicios dirigidos al primer grupo, se observa una mayor concentración geográfica en aquellos departamentos en donde esta población tiene un menor peso relativo. Esta característica se observa en los departamentos del norte del Río Negro, y concentrados en las capitales departamentales: Paysandú, Salto, Artigas, Rivera, Tacuarembó, Cerro Largo y Río Negro. Mientras tanto, en los departamentos al sur del Río Negro, donde existe un mayor peso relativo de personas mayores, los servicios se encuentran mayormente distribuidos en localidades más pequeñas de cada departamento. Esto coincide con el hecho de que son aquellos departamentos en donde la presencia de personas mayores es más significativa.

Los servicios dirigidos a personas con discapacidad en situación de dependencia también se concentran en las capitales departamentales y localidades más importantes. En Flores, Florida, Lavalleja, Rivera, Rocha y Salto solamente se identificaron centros en las capitales, lo que demuestra la escasez de servicios fuera de estas. La situación inversa se presenta en Colonia, Canelones, Soriano, Maldonado y San José.

Por último, cabe mencionar la escasez de servicios para personas mayores y con discapacidad en las zonas rurales del país. Esta preocupación no solamente se desprende del relevamiento de servicios, sino también de las relatorías de la etapa de debate de la rendición social de cuentas realizada en el año 2011.

Características del personal

A través del relevamiento de servicios de cuidado se obtuvo información sobre el personal en 1.236 centros de los 1.243 centros relevados. Tal como se presenta en el Cuadro 15, en estos centros se emplean de forma permanente a 15.984 personas, de las cuales 1.782 son varones y 14.202 son mujeres. Por otro lado, se relevaron 595 personas que trabajan de forma temporal en estos centros. En total, contemplando al personal permanente y al personal temporal, se emplean unas 16.579 personas en los centros de cuidado identificados. Si se analiza por sexo, el 88,5% son mujeres y el restante 11,5% varones, reafirmando la fuerte feminización de las personas que realizan las tareas de cuidado.

Cuadro 15. Personal total por sexo y vínculo laboral

Sexo	Permanente	Temporal	Total
Mujeres	14.202	470	14.672
Varones	1.782	125	1.907
Total	15.984	595	16.579

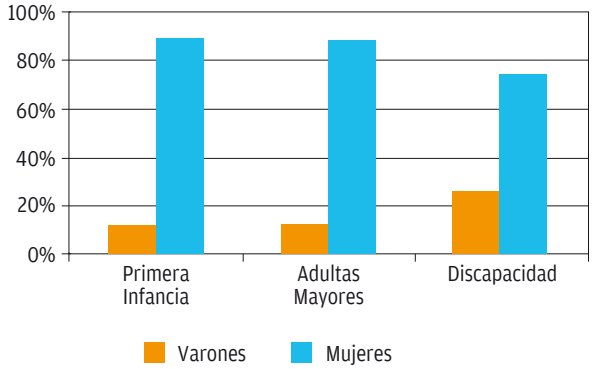
Fuente: DNPS, en base al relevamiento nacional de centros de cuidado 2012-2013.

Esta feminización en las tareas se observa en todos los departamentos por igual. El valor más elevado se presenta en el departamento de Flores, en donde las mujeres representan el 95,42% del personal. En los departamentos de Canelones, Durazno, Lavalleja, Maldonado, Rocha y Treinta y Tres este porcentaje supera el 90%.

Sin embargo, este fenómeno muestra algunas diferencias cuando se observa el sexo del personal de acuerdo al tipo de población que atienden. En el Gráfico 7 se presenta la distribución por sexo del personal según el tipo de población que atiende el centro. Se observa que en los centros para primera infancia y personas mayores es donde el porcentaje de mujeres ocupadas tiende a coincidir con el total relevado para todos los centros. Estas cifras se ubican apenas por debajo del promedio nacional. En el caso de los

centros para personas con discapacidad en situación de dependencia, si bien se observa un personal feminizado, lo es en menor medida. En estos, las mujeres representan el 74,42% del personal. Este hecho se encuentra relacionado con las tareas específicas que se realizan en los centros para personas con discapacidad en situación de dependencia, como se detalla más adelante.

Gráfico 7. Personal total por sexo y población objetivo del centro



Fuente: DNPS, en base al relevamiento nacional de centros de cuidado 2012-2013.

En último lugar, cabe destacar la presencia de personas trans como trabajadoras en los centros de cuidado. Se relevaron 11 personas trans en todos los centros de cuidados identificados de acuerdo con el siguiente detalle:

- Departamentos: Canelones, Cerro Largo, Colonia, Maldonado, Salto, San José y Soriano.
- Tipo de centro: personas mayores y personas con discapacidad en situación de dependencia. Se desempeñan en su mayoría en centros para personas mayores.
- Tareas: todas las tareas consideradas. En las tareas de atención cotidiana y servicios generales es donde aparecen mayormente representadas.

Teniendo en cuenta las funciones que realizan las personas que trabajan en los centros de cuidado[9] (Cuadro 16), se observa que más de la mitad del personal (56%) se desempeña en tareas de atención cotidiana en los centros, que son las tareas específicas de cuidado. Luego le siguen en importancia las personas que se desempeñan en tareas especializadas (13,86%) y en servicios generales (13,73%) de los centros.

Cuadro 16. Personal según funciones por sexo. En porcentajes

	Mujeres	Varones	Total
Tareas gerenciales	9,53	15,26	10,20
Atención cotidiana	58,20	39,17	56,00
Tareas especializadas	13,33	17,93	13,86
Servicios cenerales	13,65	14,32	13,73
Tareas administrativas	3,11	4,98	3,33
Otros	2,17	8,34	2,89
Total	100,00	100,00	100,00

Fuente: DNPS, en base al relevamiento nacional de centros de cuidado 2012-2013.

Al analizar los resultados por el sexo de quien realiza las tareas se observan importantes diferencias entre mujeres y varones. La mayoría de las mujeres se desempeña en tareas de atención cotidiana (58,2%), mientras que estas tareas representan el 39,17% de los empleos para los varones. Esto implica que los varones están menos representados que las mujeres en términos relativos en las tareas directamente asociadas a los cuidados. Esa brecha supera los 19 puntos porcentuales. Los varones aparecen mayormente representados en las demás tareas consideradas. Las mayores diferencias se observan en las tareas gerenciales y en la categoría "otros"[10].

La mayor participación de las mujeres en las tareas de atención cotidiana se observa en casi todos los departamentos del país. En algunos departamentos del centro del país (Durazno, Florida y Lavalleja) y en Tacuarembó es donde se presenta la mayor proporción de mujeres dedicadas a las tareas de cuidado dentro de los centros. Únicamente en el departamento de Flores los varones aparecen mayormente representados en estas tareas.

Respecto de las restantes tareas, en las gerenciales se observan algunas diferencias. En algunos departamentos como Artigas, Flores, Río Negro, Soriano y Tacuarembó las mujeres se encuentran mayormente representadas, mientras que en otros (Cerro Largo, Colonia, Lavalleja, Paysandú, Rocha y Treinta y Tres) la brecha a favor de los varones se amplía de manera significativa. En el caso de las tareas de atención especializada, en Lavalleja, Rocha, Salto y Soriano las mujeres aparecen mayormente representadas que los varones.

En el caso de los servicios generales, en casi la mitad de los departamentos las mujeres se desempeñan en términos relativos más que los varones. En las tareas administrativas esto solo sucede en Artigas, Flores y Maldonado. Por último, en la categoría "otros", a nivel departamental se observa la misma tendencia respecto del promedio nacional.

Respecto a la formación, en el Cuadro 17 se observa que casi el 43,19% del personal de los centros tiene formación profesional. En tanto que el 30,94% tiene formación técnica y el 25,87% no tiene ningún tipo de formación específica.

9. En este caso, se tomó la respuesta de 1.222 centros de cuidado.

10. Dentro de esta categoría se observa la presencia de serenos, cobradores, jardineros, etc.

Cuadro 17. Personal según nivel de formación por tipo de población. En porcentajes

Formación	Infancia	Personas Mayores	Personas con discapacidad	Total
Profesionales	50,76	19,79	45,23	43,19
Técnicos	34,28	20,70	31,67	30,94
Sin Formación	14,97	59,51	23,10	25,87
Total	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**

Fuente: DNPS, en base al relevamiento nacional de centros de cuidado 2012-2013.

Al considerar la formación por tipo de centro de cuidados se observan interesantes diferencias. Los centros de cuidado que atienden a la infancia son aquellos que tienen la mayor proporción de profesionales, representando el 50,76% de los funcionarios de estos centros. Esta proporción es del 45,23% en los centros para personas con discapacidad en situación de dependencia y no supera el 20% en los centros para personas mayores.

Estas diferencias también se observan al analizar los trabajadores sin formación. En los centros para infancia el personal sin formación representa solamente el 14,97% del personal, en cambio en los centros para personas mayores alcanza el 59,51%.

De esta manera, se observa que los centros que atienden a la infancia y a las personas con discapacidad en situación de dependencia tienen personal mejor formado, mientras que los servicios para las personas mayores tienen personal con menor formación. Las diferencias son importantes y se verifican en todos los departamentos del país. En los centros de primera infancia se observa un personal fuertemente calificado en todos los departamentos. En los departamentos de Colonia, Durazno, Flores y Rocha la proporción de profesionales supera el 70%. En el caso de las personas mayores esta tendencia se presenta en casi todos los departamentos del país. El personal sin formación supera el 70% en varios departamentos. Concretamente, esto es así en Canelones, Lavalleja, Río Negro, Rivera, Soriano y Treinta y Tres.

Por último, los centros para personas con discapacidad en situación de dependencia de los departamentos de Artigas, Durazno y Rocha son los que presentan una mayor proporción de profesionales. En Artigas, Florida y Rocha no se encuentra personal sin formación.

Características de los usuarios

Usuarios por tramos de edad

La cantidad de usuarios con que cuentan los centros de cuidado relevados en todo el país es de 81.428, en los 1.196 centros que aportaron este dato. No se considera a los socios de las empresas de acompañantes (6.523 personas), dado que las características del servicio de acompañantes son diferentes a los otros servicios estudiados y, por lo tanto, no se consideran en el análisis, salvo que se indique lo contrario[11].

Teniendo en cuenta la edad de los usuarios identificados, el 55,11% son niños y niñas menores de 4 años, y el 84,24% son niños y niñas de 0 a 11 años. Por otro lado, las personas mayores representan el 7,37%. Se trata de una cifra baja, si se tiene en cuenta que el 30,5% de los centros de cuidado relevados son para personas mayores. De cualquier manera, esta cifra no incluye a los socios de las empresas de acompañantes, lo que elevaría este porcentaje de forma considerable.

Cuadro 18. Usuarios por tramos de edad

	Usuarios	
Tramos de edad	Cantidad	Porcentaje
0 a 1 año	16.163	19,85
2 a 3 años	28.713	35,26
4 a 11 años	23.715	29,12
12 a 29 años	4.996	6,14
30 a 64 años	1.839	2,26
65 a 74 años	1.492	1,83
75 a 84 años	2.343	2,88
85 años y más	2.167	2,66
Total	81.428	100,00

Fuente: DNPS, en base al relevamiento nacional de centros de cuidado 2012-2013.

A nivel departamental se puede afirmar que existe cierta relación entre la estructura etaria de la población y la distribución de usuarios según tramos de edad. Por ejemplo, en los departamentos más jóvenes del país es donde se encuentra la mayor proporción de niños y niñas hasta 12 años de edad en los centros de cuidado. Es el caso de los departamentos del norte Artigas (88,73%), Cerro Largo (86,57%), Rivera (89,05%), Salto (87,15%). Lo mismo se observa en dos departamentos del este del país: Maldonado (92,28%) y Treinta y Tres (88,39%).

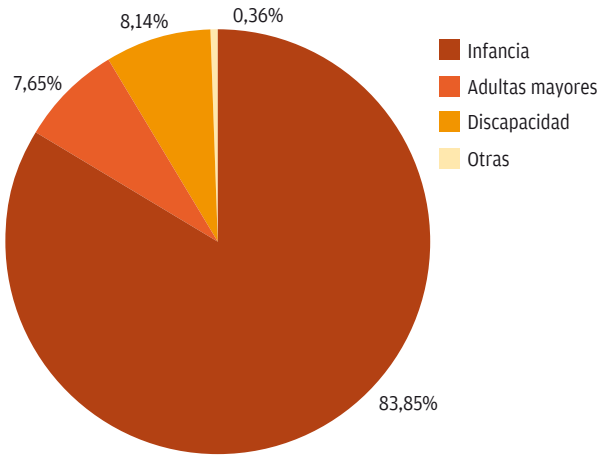
En aquellos departamentos que presentan una estructura etaria más envejecida, se encuentra una mayor proporción de personas mayores en los centros de cuidado relevados. Estos son algunos departamentos del centro del país como Florida (12,95%) y Lavalleja (13,58%), uno del sur, Colonia (15,83%), y otro del este, Rocha (10,42%).

11. Se trata de los socios de las 5 empresas de acompañantes que aportaron esta información. En total se relevaron 27 en todo el país. La razón principal por lo que no se analizan las características de los usuarios es porque el hecho de que sean socios de la empresa no implica que estén recibiendo el servicio ni que estén en una situación de dependencia.

Usuarios por tipo de centro

Al estudiar la cantidad de usuarios por tipo de centro al que asisten se obtienen resultados similares a los anteriores. El 83,85% de los usuarios están atendidos en centros para infancia, mientras que el 7,65% de los usuarios pertenece a centros para personas mayores, 8,14% en centros de atención para personas con discapacidad en situación de dependencia y el 0,36% en el centro privado para adolescentes.

Gráfico 8. Distribución del total de usuarios según población objetivo que atiende el centro



Fuente: DNPS, en base al relevamiento nacional de centros de cuidado 2012-2013.

La distribución de los usuarios por tipo de centro está relacionada con la cantidad de centros relevados en cada departamento, la estructura por edades de la población y de la cantidad de personas que asisten a cada tipo de centro.

En primer lugar, la mayor cantidad de usuarios se observa en los centros de cuidado que atienden a infancia y primera infancia. Este hecho no es casual: el 58,8% de los centros de cuidado relevados es para esta población. A su vez, la cantidad de usuarios está relacionada con la cantidad de niños que asisten a los centros. En estos últimos, el promedio de usuarios es el más elevado tal como se verá más adelante.

En segundo lugar, resulta significativo el bajo número de usuarios en los centros para personas mayores. Tienen en el total un menor peso que las personas con discapacidad en situación de dependencia, a pesar de que son más los centros de cuidados para personas mayores que aquellos para personas con discapacidad. Esto puede deberse a que los servicios que brinda uno y otro son distintos, lo que podría condicionar su tamaño.

Un dato interesante acerca de las personas que se encuentran en los centros de larga estadía es el de que hay personas que no son mayores. No existe un motivo único que explique por qué se atiende a personas menores de 65 años de edad en los centros de larga estadía, sin embargo, en algunos casos se trata de personas con discapacidad. También puede deberse a que sean personas con una edad cercana a los 65 años, lo cual no se puede determinar con los datos del relevamiento. Esta situación se presenta en casi todos los departamentos. Esta información se puede cotejar con la información que sale del Censo de Población 2011. De acuerdo a datos del censo el 16,3% que reside en centros de larga estadía no son personas mayores, mientras que de acuerdo a los datos del relevamiento de servicios este porcentaje es del 8,17%, es decir, casi la mitad. Este porcentaje cambia de un departamento a otro. En los departamentos de Cerro Largo, Rocha y Paysandú supera el 20% de los residentes de los centros de larga estadía. Por el contrario, en Colonia, Florida, Rivera y Tacuarembó no alcanza el 5% y en Lavalleja y Durazno no se relevaron personas menores de 65 años en estos centros.

Por último, se presenta el promedio de usuarios de acuerdo al tipo de centro que se considera. Esta cifra se encuentra determinada por las características de los servicios que se brindan en cada centro de cuidado.

El promedio de usuarios en los centros para primera infancia es el más elevado, tal como se observa en el Cuadro 19, siendo de 94 niños y niñas por cada centro relevado. Luego los centros para personas con discapacidad en situación de dependencia aparecen con casi 58 usuarios, en tanto que los centros para personas mayores, con 18 usuarios por centro, son aquellos con menor promedio de usuarios.

Cuadro 19. Promedio de usuarios por tipo de centro

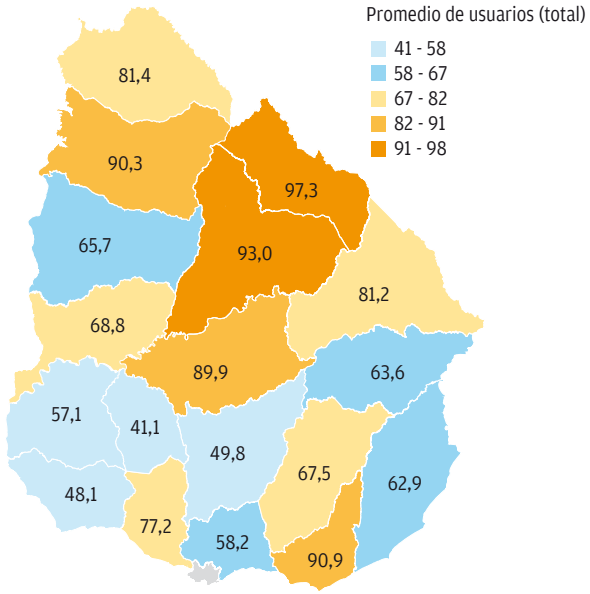
Centro	Promedio de usuarios
Infancia	94,0
Adultos mayores	18,1
Personas con discapacidad	57,6
Otros	32,3
Total	68,1

Fuente: DNPS, en base al relevamiento nacional de centros de cuidado 2012-2013.

Cuando se desagrega esta información por departamento se presenta un panorama heterogéneo. Si se considera todos los tipos de centro, los departamentos del norte del país son aquellos donde el promedio de usuarios es más elevado.

En Artigas, Tacuarembó, Rivera, Salto y Cerro Largo la cifra supera los 80 usuarios por centro relevado, siendo Rivera el que presenta el promedio más elevado, con casi 98 por centro. En los departamentos del centro y sur del país es donde este promedio resulta más bajo. En Flores y Florida no se llega a los 50 usuarios por centro; Colonia y Lavalleja se encuentran por debajo del promedio nacional.

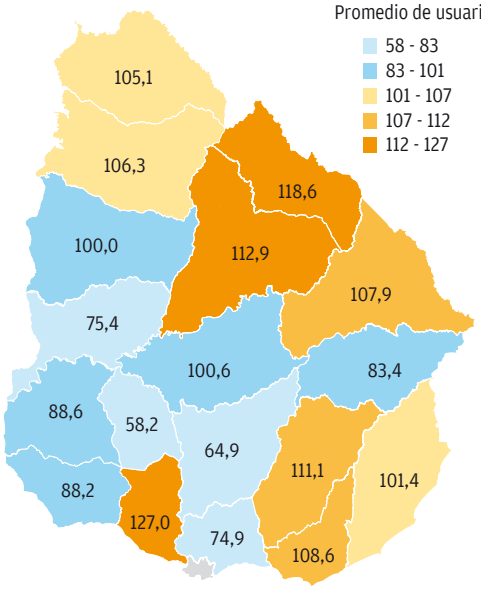
Mapa 8. Promedio de usuarios por centro



Fuente: DNPS, en base al relevamiento nacional de centros de cuidado 2012-2013.

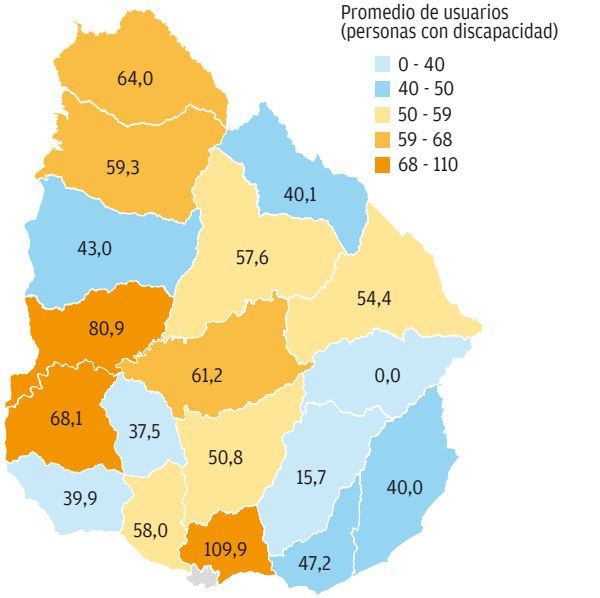
Respecto del análisis por tipo de población, para primera infancia el promedio de usuarios se ubica por encima de los 100 usuarios por centro, mientras que en otros se ubica alrededor de los 60. En el primer grupo se destacan San José, con 126,9 niños y niñas, Rivera (118) y Tacuarembó (112). También en Artigas, Cerro Largo, Lavalleja, Maldonado, Rocha y Salto el promedio supera los 100 usuarios. En cambio, en departamentos del centro del país como Flores o Florida el promedio no llega a 65 usuarios por centro.

Mapa 9. Promedio de usuarios por centro dirigido a la primera infancia



Fuente: DNPS, en base al relevamiento nacional de centros de cuidado 2012-2013

Mapa 10. Promedio de usuarios por centro dirigido a personas con discapacidad en situación de dependencia



Fuente: DNPS, en base al relevamiento nacional de centros de cuidado 2012-2013.

También en Canelones o Río Negro el promedio se encuentra bastante por debajo del total nacional.

El elevado promedio se explica por la cantidad de niños y niñas que asisten a los centros CAIF. En estos el promedio de usuarios resulta elevado en todos los departamentos, superando los 100 niños y niñas en todos los casos.

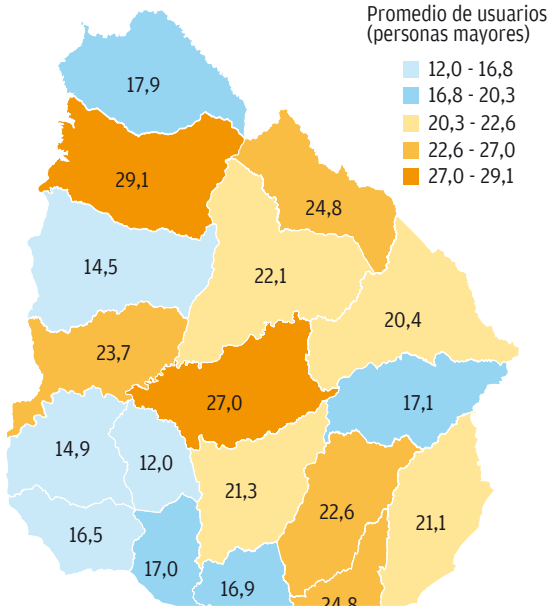
Por otra parte, y tal como se observa en el Cuadro 19, el promedio de usuario de los centros para personas con discapacidad en situación de dependencia es superior al promedio de los centros para personas mayores. Esto puede deberse a que los servicios que brinda uno y otro son distintos, lo que podría condicionar su tamaño.

Al analizar por departamento, en los centros para personas con discapacidad en situación de dependencia se encuentra una elevada variación en la cantidad de usuarios promedio según el departamento. Canelones es el departamento que presenta una mayor cantidad de usuarios por centro, con 109,8. Luego le siguen Río Negro (80,8), Soriano (68,1) y Durazno (61,2). En el otro extremo, en Lavalleja el promedio de usuarios no alcanza los 16.

Respecto a los centros para personas mayores, se observa una menor variación en la cantidad de usuarios por centro. Esto se debe al menor número de usuarios por centro que se observa en este tipo de centros y al hecho de que casi la totalidad de servicios para esta población es de centros de larga estadía.

Los departamentos donde se observa un mayor promedio de usuarios no son aquellos que presentan una población mayormente envejecida. Un factor que puede explicar este hecho es que estos departamentos cuenten con más cantidad de centros de cuidado que el resto. En Salto es donde se observa un mayor promedio, con 29,1 por centro. Además, se destacan Durazno (27), Rivera (24,7) y Maldonado (24,7).

Mapa 11. Promedio de usuarios por centro dirigido a personas mayores



Fuente: DNPS, en base al relevamiento nacional de centros de cuidado 2012-2013.

Miradas locales

De la etapa de la Rendición Social de Cuentas se desprenden preocupaciones de individuos y organizaciones de cada departamento en cuanto a los servicios de cuidados para cada una de las poblaciones objetivo del SNC. Este proceso se llevó a cabo entre los meses de agosto y noviembre de 2011. A continuación se resumen las principales preocupaciones recogidas durante los debates para cada una de las poblaciones involucradas.

Primera infancia

En primer lugar, se destaca la falta de personal capacitado en las instituciones educativas y de cuidado. Esta preocupación parece chocar con la evidencia que arroja el relevamiento de servicios de cuidados respecto de la formación de aquellas personas que trabajan en estos centros. De acuerdo con el relevamiento, en los centros que atienden a la primera infancia, se encuentra un personal mayormente capacitado respecto de las restantes poblaciones consideradas. En segundo lugar, se resalta la necesidad de ampliar los cupos en los centros CAIF, tanto para la expansión de la atención cotidiana para menores de 2 años como para ampliar la cobertura geográfica hacia las localidades más pequeñas.

En menor medida se ha destacado la necesidad de contar con centros de cuidado en los centros educativos y en empresas, y de mejorar o avanzar en la legislación, tanto en la ampliación de las licencias como en el reconocimiento del trabajo que realizan las personas que se dedican al cuidado. Por último, se resaltaron carencias en la infraestructura en los centros ya existentes.

Personas mayores en situación de dependencia

En el caso de los centros para las personas mayores, se destaca: 1) un déficit en la regulación de los centros de larga estadía, que se traduce en la falta de cupos para personas no autoválidas por un lado, y por otro, en la falta de instalaciones adecuadas para las personas mayores, principalmente en las condiciones de accesibilidad; 2) falta de servicios en las zonas rurales y localidades más pequeñas en cada departamento. En estas se observan problemas adicionales en los arreglos de cuidado, en la medida en que las redes familiares de estas personas se encuentren debilitadas. Por último, en algunos debates se destacó la necesidad de contar con un personal mayormente calificado en los centros de larga estadía.

Personas con discapacidad en situación de dependencia

En el caso de las personas con discapacidad en situación de dependencia, en primer lugar se destaca la concentración de los servicios en las capitales y las localidades más pobladas del departamento, lo que dificulta el acceso a los centros. En segundo lugar, la falta de transporte accesible hacia los centros constituye otra barrera en el acceso de los usuarios. En tercer lugar, se mencionó la falta de personal calificado para realizar tareas especializadas en los centros. Ante esta percepción, cabe mencionar que el personal que se desempeña en los centros para personas con discapacidad, de acuerdo a los datos del relevamiento, muestra importantes niveles de calificación. Solamente el 15% de las personas que trabajan en estos centros no tiene formación alguna.

Principales elementos del capítulo

- La población es relativamente más joven en el norte y litoral del país, mientras que la población más envejecida se encuentra en el centro y sur del país. En el caso de las personas con discapacidad en situación de dependencia no se encuentra una región del país en donde haya una mayor prevalencia.
- Existe una concentración de los servicios en las capitales departamentales y localidades más pobladas. Este fenómeno se observa en todos los departamentos, a excepción de Colonia, Maldonado y Canelones.
- La concentración de los servicios se manifiesta en los servicios para personas mayores y con discapacidad. En los centros para primera infancia, los servicios se encuentran menos concentrados debido a la oferta pública.
- Aproximadamente el 90% de las personas que cuidan en los centros de cuidado relevados son mujeres. Estas realizan mayormente las tareas de cuidados, mientras que los varones están más representados en las demás tareas de los centros.
- El personal con mayor calificación se observa en los centros para primera infancia y personas con discapacidad en situación de dependencia. En los centros para personas mayores se encuentran el personal menos calificado y con mayor dedicación a las tareas de atención cotidiana.

Anexo estadístico

Cuadro 20. Primera infancia, personas mayores y personas con limitaciones moderadas y severas, por departamento

	Primera Infancia (0 a 3 años)		Personas Mayores (65 años y más)		Limitaciones (moderada y severa)	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Total	174.899	5,32	463.726	14,11	75.278	3,03
Artigas	4.369	5,95	8.316	11,33	1.994	3,43
Canelones	28.493	5,48	66.862	12,85	13.203	3,25
Cerro Largo	4.740	5,60	11.157	13,17	2.438	2,88
Colonia	6.363	5,16	19.783	16,06	2.288	2,48
Durazno	3.086	5,41	7.839	13,73	1.432	3,23
Flores	1.268	5,06	3.893	15,54	604	3,17
Florida	3.461	5,16	10.383	15,49	1.521	2,95
Lavalleja	2.769	4,71	9.857	16,76	1.384	3,12
Maldonado	8.863	5,39	19.035	11,59	3.142	2,44
Montevideo	65.987	5,00	203.204	15,41	26.149	2,76
Paysandú	6.456	5,71	15.003	13,26	2.736	3,12
Río Negro	3.522	6,43	6.576	12,01	1.320	3,10
Rivera	6.223	6,01	12.340	11,93	3.152	3,88
Rocha	3.627	5,33	10.450	15,35	1.889	3,73
Salto	7.790	6,24	14.699	11,77	3.220	3,30
San José	5.937	5,48	14.410	13,31	2.942	3,56
Soriano	4.491	5,44	11.655	14,11	2.185	3,45
Tacuarembó	4.930	5,47	11.595	12,88	2.500	3,54
Treinta y Tres	2.524	5,24	6.669	13,86	1.179	3,15

Fuente: DNPS, en base al Censo Nacional de Población 2011.

Cuadro 21. Asistencia de niños y niñas a un centro educativo por departamento

Departamento	Asisten		No asisten	Cobertura
Total	50.169	10.363 (EO)	108.508	29,68
Artigas	1.193	568 (EO)	2.586	27,44
Canelones	7.754	1.438 (EO)	19.177	27,33
Cerro Largo	1.448	565 (EO)	2.710	30,66
Colonia	1.914	452 (EO)	3.935	30,38
Durazno	1.048	400 (EO)	1.631	34,04
Flores	513	175 (EO)	575	40,62
Florida	1.043	269 (EO)	2.145	30,17
Lavalleja	731	173 (EO)	1.856	26,49
Maldonado	1.860	270 (EO)	6.599	21,31
Montevideo	20.725	1.959 (EO)	38.167	34,06
Paysandú	2.278	815 (EO)	3.278	35,76
Río Negro	1.008	366 (EO)	2.140	28,69
Rivera	1.371	374 (EO)	4.442	22,16
Rocha	887	258 (EO)	2.387	25,11
Salto	2.122	817 (EO)	4.808	27,39
San José	1.403	371 (EO)	4.149	23,69
Soriano	1.073	377 (EO)	3.022	23,99
Tacuarembó	1.199	449 (EO)	3.262	24,42
Treinta y Tres	599	267 (EO)	1.639	23,91

Fuente: DNPS, en base al Censo Nacional de Población 2011.

Cuadro 22. Hogares particulares con la presencia de una persona mayor, por departamento. En porcentajes

Departamento	Porcentaje
Artigas	26,05
Canelones	23,26
Cerro Largo	23,02
Colonia	24,55
Durazno	27,40
Flores	26,49
Florida	29,03
Lavalleja	28,75
Maldonado	29,37
Montevideo	20,56
Paysandú	25,13
Río Negro	23,98
Rivera	23,75
Rocha	26,33
Salto	24,21
San José	24,22
Soriano	26,57
Tacuarembó	24,26
Treinta y Tres	25,90
Total	25,13

Fuente: DNPS, en base al Censo Nacional de Población 2011.

Cuadro 23. Prevalencia y limitaciones moderadas y severas por localidad

Limitaciones	Prevalencia de limitaciones		Prevalencia de limitaciones moderadas y severas		
Departamento	Cantidad	Porcentaje en el total	Cantidad	Porcentaje en el total	Porcentaje en el total de la población con limitaciones
Total	298.014	12,06	75.278	3,05	25,26
Artigas	7.613	13,09	1.994	3,43	26,19
Canelones	52.567	12,96	13.203	3,25	25,12
Cerro Largo	10.282	15,60	2.438	2,88	23,71
Colonia	9.627	10,44	2.288	2,48	23,77
Durazno	5.718	12,89	1.432	3,23	25,04
Flores	2.481	13,01	604	3,17	24,35
Florida	6.146	11,99	1.521	2,95	24,75
Lavalleja	5.439	12,25	1.384	3,12	25,45
Maldonado	13.920	10,80	3.142	2,44	22,57
Montevideo	98.425	10,38	26.149	2,76	26,57
Paysandú	11.233	12,81	2.736	3,12	24,36
Río Negro	5.885	13,82	1.320	3,10	22,43
Rivera	12.117	14,91	3.152	3,88	26,01
Rocha	7.616	15,04	1.889	3,73	24,80
Salto	13.375	13,70	3.220	3,30	24,07
San José	11.068	13,41	2.942	3,56	26,58
Soriano	8.630	13,62	2.185	3,45	25,32
Tacuarembó	10.635	15,05	2.500	3,54	23,51
Treinta y Tres	5.237	14,00	1.179	3,15	22,51

Fuente: DNPS, en base al Censo Nacional de Población 2011.

Anexo metodológico sobre el relevamiento de servicios

En los acuerdos institucionales que se desprenden del GT de Cuidados se coloca a la descentralización territorial como línea fundamental del futuro SNC y este constituye el principal motivo por el cual se llevó adelante un relevamiento de los servicios de cuidados en todo el interior del país. Este nos permite conocer la cantidad de centros de cuidados que se encuentran en cada localidad y los servicios que brindan.

Para el trabajo se tomó la definición de centros de cuidados establecida durante el proceso de construcción del SNC, entendiéndolos como *"aquellos que proveen servicios de apoyo a la vida cotidiana a personas con algún grado de dependencia, en un local, vivienda o espacio acondicionado para la prestación de dichos servicios"* (Anexo: Diagnóstico de servicios de cuidados a personas dependientes).

En base a los criterios precedentes es que se articuló el trabajo de campo. La descripción de las características de los servicios se realiza en base a la información que surgió del relevamiento de servicios de cuidados en todo el territorio nacional. Este relevamiento se llevó a cabo en los años 2012 y 2013 para los departamentos del interior del país en coordinación con las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) que fueron las encargadas de realizar el trabajo de campo, realizar el diagnóstico de los centros de cuidados de cada localidad y suministrar las bases de datos para el procesamiento de la información.

Trabajo de campo

Para llevar adelante el trabajo de campo se dividió al país en cinco zonas:

1. Zona 1. Región metropolitana: San José y Canelones.
2. Zona 2. Región centro-sur: Colonia, Flores, Florida y Durazno.
3. Zona 3. Región este: Maldonado, Rocha, Lavalleja, Treinta y Tres y Cerro Largo.
4. Zona 4. Región norte: Artigas, Rivera y Tacuarembó.
5. Zona 5. Región litoral: Salto, Paysandú, Río Negro y Soriano.

En cada una de estas regiones el trabajo fue adjudicado a una OSC mediante licitación abreviada. En la zona 2 el primer llamado se declaró desierto, adjudicándose la región a una OSC en un llamado posterior.

Una vez seleccionadas las OSC, a cada una de ellas se les entregó por parte del Programa de las Mesas Interinstitucionales de Política Social (PROMIPS) una lista exhaustiva pero no completa de centros de cuidados a relevar.

De esta manera, el relevamiento consistió en la aplicación de un formulario a cada centro de cuidados y el posterior ingreso en un software de forma tal de compilar la información en una base de datos, la cual luego fue enviada al MIDES. El formulario fue elaborado en conjunto por la Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo (DINEM) y la DNPS, y fue presentado antes de comenzar el trabajo de campo a las OSC, cuyos técnicos fueron capacitados en su aplicación. La modalidad en la que el formulario fue aplicado fue cara a cara, con la excepción de las localidades menores de 5.000 habitantes, en donde tenían la opción de aplicarlo de forma telefónica.

Formulario

El formulario consta de 8 módulos que incluyen 51 preguntas, que deben ser respondidas por el entrevistado que representa al centro de cuidado. Luego hay un apartado con una serie de preguntas a ser respondidas por el encuestador. Estas refieren a la veracidad de las respuestas y consideraciones generales sobre el centro así como a observaciones que puedan desprenderse de la encuesta. La información que se recoge en el formulario según cada módulo es la siguiente: 1) Información de la encuesta y el encuestador; 2) Identificación de la organización; 3) Identificación del centro; 4) Descripción de los servicios brindados; 5) Características del personal; 6) Características de los usuarios; 7) Financiamiento y 8) Redes. En cada módulo se combinan preguntas abiertas y cerradas, con la excepción del módulo 8 (en el que su única pregunta es cerrada).

A medida de que se van encuestando los centros, la OSC van ingresando los formularios en el software y a partir de ello se va a conformar una base de datos de cada región. Las OSC envían las bases de datos, así como los formularios en papel a la DINEM y allí comienza el armado de la base de datos de todos los centros de cuidados del país. La DNPS realiza la crítica de los formularios y depura la base de datos de forma tal de prepararla para el procesamiento de la información.

CAPÍTULO 4

Formar para cuidar[1]

Introducción

El SNC contará con un Sistema Nacional de Formación (SNF) que formará cuidadores y cuidadoras de personas en situación de dependencia y niños y niñas, apuntando a la valorización del trabajo en cuidados así como a la mejora en la calidad de la prestación, desde un marco de derechos.

El SNF será una prestación orientada a las personas que cuidan, sea de manera remunerada o no. Para todos los casos –primera infancia, personas mayores y personas con discapacidad, ambas en situación de dependencia– se deberá contemplar la formación de aquellas personas que, no teniendo experiencia de trabajo, estén interesadas en formarse para llevar adelante la tarea de cuidados en las poblaciones mencionadas.

La profesionalización, canalizada a través de la formación, permite reconocer que las cualidades necesarias para el cuidado no son "naturalmente femeninas" sino que son construidas socialmente y que, por tanto, podrán ser adquiridas por cualquier persona independientemente de su sexo, valorando así social y económicamente las tareas de cuidado. Por otra parte, la mejora en la calidad del cuidado a través de la formación afectará directamente en la calidad de vida de las personas que reciben cuidados.

El presente capítulo se organiza de la siguiente manera. Primero se explicita el objetivo del SNF. En la segunda sección se realiza un repaso de los antecedentes de formación para tareas asimiladas al cuidado. En la tercera parte, se explicitan los lineamientos generales que deberá respetar el sistema, diferenciados por población objetivo del SNC. En la cuarta sección, se plasman las propuestas de formación específica para cada población del SNC, estableciendo objetivos y competencias esperadas de las personas egresadas. La quinta sección, se dedica al diseño institucional, es decir explicita cuál será la institucionalidad del SNF. Por último, se incluyen apuntes sobre la acreditación de saberes.

Objetivos

Objetivo general

El SNF tiene como objetivo propiciar la formación en cuidados desde una perspectiva de derechos humanos, género, étnico-racial y generacional a las personas ocupadas o que desean ocuparse en la tarea del cuidado.

Objetivos específicos

- Formar en cuidados con especificidad en niños y niñas con énfasis en primera infancia, personas con discapacidad y personas mayores ambas en situación de dependencia.
- Valorizar la tarea del cuidado como un aporte fundamental para el bienestar de la sociedad en su conjunto teniendo como consecuencia la mejora en los salarios de las y los trabajadores.
- Contemplar las características de las personas ocupadas en la tarea del cuidado en cuanto a su trayectoria educativa formal y las condiciones socioeconómicas, de manera de propiciar su inclusión en el SNF.
- Reconocer las competencias adquiridas de las cuidadoras y los cuidadores a través de la experiencia de trabajo en cuidados, ya sea de manera remunerada o no.
- Propiciar la incorporación de varones y personas trans en la formación como cuidadores o cuidadoras, de manera de contribuir a la superación de las marcas de género.
- Considerar las necesidades locales, relativas a la formación en cuidados y promover la formación descentralizada en el territorio nacional.

Punto de partida

En esta sección se describen las ofertas de formación que existen actualmente, según la población a la cual se dirige el cuidado. La caracterización de la población que cuida se presenta en los capítulos 2 y 3.

1. Este capítulo está realizado en base a los aportes de la consultoría contratada en el marco del Proyecto de Cooperación Española-AECID, "Hacia una política pública integral de cuidados a nivel nacional, en el Uruguay" desarrollada por la Lic. Raquel González Bernech, en diciembre de 2013

Formación en primera infancia

Cuidados fuera del hogar

La formación para cuidados fuera del hogar para niños y niñas de 0 a 3 años se asimila a los servicios de educación inicial, en el entendido de que la educación y los cuidados en primera infancia son muy difíciles de separar. Por lo tanto, la formación para educadoras/as de Educación Inicial será incorporada al análisis como parte de la oferta existente en formación en cuidados fuera del hogar.

La oferta es muy escasa en el país. Actualmente, a nivel público las ofertas se concentran en el Centro de Formación y Estudios (CENFORES), dependiente del INAU y el Consejo de Formación en Educación (CFE) de la ANEP.

El CENFORES brinda la Formación Básica de Educadores en Primera Infancia. Este es un curso de 504 horas, que cuenta con el reconocimiento del Ministerio de Educación y Cultura (MEC). Asimismo, el CENFORES desarrolla una Carrera de Educador en Primera Infancia, tecnicatura de carácter terciario no universitario, cuyo reconocimiento por parte del MEC se encuentra en curso.

A su vez, el CFE desarrolla la formación de Asistente Técnico en Primera Infancia, con una duración de 2 años. El objetivo es *"formar personal de la educación para la primera infancia, con una titulación de pregrado terciario, de carácter universitario, con sólidos conocimientos sobre los componentes biológicos, sociopedagógicos, culturales e institucionales que configuran el desarrollo infantil, que posibiliten las acciones educativas requeridas para ese tramo etario"*[2].

Estas formaciones están pensadas para desempeñarse en centros de atención a niños de 0 a 6 años pertenecientes al Consejo de Educación Inicial y Primaria, a los Planes del INAU, en instituciones de salud que requieran apoyo educativo, en instituciones educativas privadas y públicas, comprendiendo todo el territorio nacional.

Respecto a la población de 4 a 12 años, existe más oferta de formación pero se asocia al Sistema Educativo. Específicamente la formación para desempeñarse como cuidador o cuidadora es inexistente para cualquiera de los tramos etarios de la infancia.

Cuidados dentro del hogar

Una de las dificultades que enfrenta la formación en cuidados domiciliarios para niños y niñas es que no existe a nivel público antecedentes en el país. El antecedente más cercano es la formación en educación inicial recién mencionada. Esta formación se orienta a la progresiva profesionalización de los y las trabajadoras de los centros de educación inicial. La dificultad que esto representa para la captación y formación de cuidadores domiciliarios es que en este último caso se trata de una población en gran medida informal o como parte del trabajo doméstico, en términos de mercado de empleo.

En este sentido, la formación en cuidados domiciliarios, en una primera etapa, no deberá tener altas exigencias de nivel educativo ya que se busca, por un lado, incluir a todas las personas que ya se estén desempeñando como cuidadores y cuidadoras, y, por otro lado, mejorar su nivel de conocimiento y formación. Como parte del proceso las exigencias deben ir en aumento en la medida en que se articule con el sistema educativo formal.

Formación en el cuidado de personas mayores en situación de dependencia

En el caso de las personas mayores la escasa formación que se brinda en Uruguay se concentra en empresas privadas de acuerdo a sus necesidades de recursos humanos para cubrir la demanda que tienen en el mercado (fundamentalmente empresas de acompañantes). Algunos antecedentes en formación desde el Estado han sido las capacitaciones a través del Programa Nacional del Adulto Mayor (PRONAM) del MSP, capacitaciones para Hogares que tienen convenios con el BPS y algunas experiencias de capacitación organizadas por las Mesas Interinstitucionales de Políticas Sociales (MIPS). Asimismo, en el marco de experiencias piloto del SNC se realizaron cursos de Formadores/as de Formadores/as (ASTUR-BPS) y cursos de Cuidadores y Cuidadoras para personas mayores del BPS-ASTUR en coordinación con el MIDES, el MTSS y el MSP.

Actualmente, la formación en cuidados para esta población tiene un enfoque principalmente sanitarista, excluyendo de la formación aspectos relacionados al enfoque social del cuidado vinculado, desde una perspectiva de derechos, al apoyo en las actividades de la vida diaria y la promoción de la autonomía de las personas dependientes.

Otra de las características que afectan este campo es que no existen currículas de formación estandarizadas, que unifiquen las capacitaciones para los diferentes servicios de cuidados. En este sentido, sería necesario establecer currículas de formación homogéneas, con diferentes niveles de capacitación, en donde se determine un estándar mínimo, y que los centros que brindan formación estén sujetos al control mediante la fiscalización de sus servicios.

Tampoco se establecen distintos niveles de capacitación que diferencien una capacitación básica de una avanzada. Esto determina la existencia de diversos modelos de formación en donde se observan diferentes niveles de exigencia y contenidos, que se establecen de acuerdo a las demandas de los servicios.

2 Aprobado por Resolución N° 14, Acta N° 25, del 30 de abril de 2013 (CODICEN-ANEP, 2013:15).

En algunas propuestas existe diferenciación entre la formación para cuidados domiciliarios y cuidados en centros denominados "de larga estadía".

En relación a la acreditación, se destaca la ausencia de un sistema que posibilite la acreditación de saberes de las personas que actualmente están realizando tareas de cuidados y podrían reconocer sus competencias adquiridas. Esto trae aparejado que queden solapadas e invisibilizadas las tareas de cuidados con las tareas relacionadas a otros servicios, como los domésticos. También promueve la informalidad de la tarea, ya que quien realiza esta actividad no cuenta con la posibilidad de certificar sus conocimientos adquiridos mediante la experiencia de brindar cuidados.

En relación a la fiscalización, actualmente no existe un mecanismo que esté encargado de realizar el control de los centros o empresas que brindan formación a los cuidadores, siendo necesario definir a quiénes tiene la competencia de fiscalizar.

Formación en cuidado a personas con discapacidad en situación de dependencia

En Uruguay no existe formación de cuidadores y cuidadoras de personas con discapacidad en situación de dependencia. En la mayoría de los casos quienes cuidan a estas personas no tienen una formación específica al respecto.

En el marco del SNC se han implementado experiencias pilotos de formación de cuidadores y cuidadoras. Se destacan:

- Programa CAIF Inclusivo, de formación de asistentes personales para la inclusión de niños y niñas con discapacidad, con una currícula diseñada en conjunto por el CENFORES, la Unidad de Políticas Públicas de Discapacidad de la DNPS e Inmujeres (MIDES).
- Curso de formación de cuidadoras y cuidadores para personas con discapacidad en situación de dependencia con énfasis en salud mental, en el cual participaron la Unidad de Políticas de Discapacidad de la DNPS del MIDES y el Área de Género del Instituto de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales.
- Cursos de formación de cuidadores y cuidadoras para la población adulta mayor en situación de dependencia que impartió BPS-ASTUR en coordinación con el MIDES, MSP y MTSS.

Lineamientos generales

Lineamientos según población objetivo

Primera infancia

En el caso de la primera infancia es fundamental avanzar en la formación para las personas que trabajan dentro del hogar ya que no existe en Uruguay experiencia en este campo a nivel público y sí de cuidado institucional. Esta formación debe ser acompañada de la correspondiente regulación del cuidado dentro del hogar.

Los cuidados de niñas y niños de 0 a 3 años en domicilio se entienden como el conjunto de acciones llevadas a cabo por un adulto que se dispone a desarrollar responsablemente las funciones de cuidado y educación de manera de promover el desarrollo biológico, psíquico y social de cada niño y niña concebidos como sujetos en formación.

El desarrollo en estos primeros años compromete las dimensiones biológica (el cuerpo), afectiva (emociones), psíquica (estructuración mental) y social (lazos sociales), determinando en buena medida las potencialidades presentes y futuras de las niñas y niños.

La integralidad de los procesos que se mencionan hace que en la etapa de vida de la primera infancia, cuidados y educación constituyan funciones difícilmente distinguibles. Ambas deben conjugarse para hacer lugar a la singularidad que cada niña y niño promete, al mismo tiempo de garantizar el mantenimiento y desarrollo del tejido social. En este sentido la tarea de cuidados en domicilio implica una tarea tan delicada como compleja.

Asimismo, la formación debe promover el conocimiento básico de las líneas del desarrollo biológico, afectivo, psíquico y social. Debe enfatizar en la importancia que asume el modo de satisfacción de las necesidades básicas de las niñas y niños (alimentación, higiene, descanso) así como nociones acerca del apego, el lugar de los afectos en la relación y los cuidados, la estimulación del desarrollo y la creación de un ambiente favorable al desarrollo. Se trabajará la importancia que adquiere el saber ubicarse en el entorno familiar, comprender lo que se pone en juego para los adultos referentes con la presencia del cuidador o cuidadora, la construcción de la confianza, y el respeto de las costumbres y pautas de crianza de las familias.

Personas mayores en situación de dependencia

El objetivo es mejorar la calidad de los servicios a través de una formación (homogénea) en cuidados para las personas mayores en situación de dependencia, considerando:

- especialización de la tarea de los cuidadores y cuidadoras;
- estandarización de las currículas;
- establecimiento de un sistema de módulos con niveles (básico y avanzado);
- diversificación del enfoque en la formación, integrando una perspectiva que brinde más relevancia a los aspectos psicosociales del cuidado, de modo que no se centre exclusivamente en los aspectos sanitarios de la tarea;
- implantación de un sistema de acreditación de conocimientos;

- diseño de un sistema de fiscalización de los centros de formación.

Personas con discapacidad en situación de dependencia

La formación de cuidadores y cuidadoras contará con el dominio de saberes específicos, el manejo de técnicas y el desarrollo de múltiples y diferentes competencias. Las currículas de la formación para el cuidado de personas con discapacidad en situación de dependencia fueron construidas teniendo en cuenta el ciclo vital de las personas, dado que la discapacidad transversaliza todas las etapas de la vida. También se tendrá en cuenta la heterogeneidad de las limitaciones y de las situaciones de discapacidad, generándose, de ser necesario, diferentes cursos de formación tomando en cuenta dicha heterogeneidad así como las etapas del ciclo vital.

La formación teórica y práctica que reciban las cuidadoras y los cuidadores deben apuntar en todos los casos a mantener y propiciar la dignidad de la persona con discapacidad en situación de dependencia, que, para ser respetada, exige que se tomen las medidas apropiadas para proteger su salud y promover su autonomía, autodeterminación e independencia, su bienestar físico y psicológico.

Integrar a las personas que ya cuidan a las personas en situación de dependencia por discapacidad implica generar un programa de acreditación de saberes que tenga el propósito de reconocer y validar los aprendizajes adquiridos por la persona cuidadora en el transcurso de su vida mediante el trabajo, la experiencia y la convivencia social.

Personas que cuidan

Para cumplir con los lineamientos del SNC, es muy importante que el SNF cuente con un módulo general transversal a todas las poblaciones, sobre organización social de los cuidados desde una perspectiva de género y derechos humanos, derechos laborales y salud ocupacional, que promueva, entre otros objetivos, el empoderamiento de las cuidadoras. Las perspectivas de género, generaciones y étnico-racial se deberán garantizar en todas las currículas de formación, a través del diseño de módulos específicos por población dependiente.

En cuanto a la acreditación de currículas brindadas por instituciones privadas, para que estas sean válidas deberán acordarse criterios educativos comunes a todas ellas. Cumplir esos criterios educativos acordados permitirá que las instituciones integren el SNF (y aquellas que no los cumplan puedan hacerlo en un plazo definido, para luego integrarse).

Por otra parte, deberá elaborarse un protocolo comunicacional del SNC que defina requisitos y procedimientos para que la difusión de todas las actividades de formación que se impartan, se guíen por los principios orientadores del sistema (las perspectivas de género, generaciones y étnico-raciales).

La tarea del cuidado[3]

Para poder avanzar en los contenidos de la formación debemos comenzar por determinar las tareas que debe y que no debe realizar la persona que cuida.

Dado que los cuidados se brindan a personas con niveles de dependencia leve, moderada y severa, que no pueden realizar las tareas de la vida diaria por sí solos y necesitan ayuda para desarrollarlas, se entiende que ellas se apoyan en una persona técnicamente capacitada (cuidador/a) para realizar actividades diversas y de baja complejidad.

Las competencias técnicas que debe desempeñar la persona que cuida pueden diferenciarse en dos niveles: una primera dimensión relacionada con un conjunto de conocimientos de carácter técnico sobre conceptos y procedimientos que dan soporte a la tarea de cuidado, y una segunda dimensión, relacionada con aspectos de comportamiento, a partir de las formas de actuar e interactuar con la persona con dependencia y su familia.

Este rol suele asociarse erróneamente con las tareas suministradas por el personal del servicio doméstico o auxiliar de enfermería, por lo cual es importante señalar que el rol de cuidador/a refiere a cuidados de baja tecnología, lo que implica brindar apoyo en las actividades de la vida diaria (básicas e instrumentales), procurando mantener la autonomía y mejorar la calidad de vida de la persona en situación de dependencia.

El/la cuidador/a formal no lo es únicamente a partir de la capacitación específica que recibe, sino también a partir de las funciones que desarrolla y de la construcción de su perfil técnico y laboral. Teniendo en cuenta esto, es imprescindible que un servicio de cuidados, sea dentro o fuera del hogar, tenga que orientarse de acuerdo a dos principios éticos fundamentales:

- **Principio de bienestar y respeto**. Implica procurar el mayor beneficio para la persona partiendo del concepto subjetivo del bien de la propia persona con dependencia, y, si este es desconocido, de la mayor calidad de vida objetiva esperable. Los cuidados deben promover las buenas prácticas realizando aquellas tareas que están indicadas, por suponer beneficios para las personas,

3. Se tomaron como referencia los programas de cuidados domiciliarios de Argentina y España, con la revisión y consulta de los documentos: Bermejo, Martínez, Díaz, Maños y Sánchez (coords.) (2009); Fantova (2008); Roqué (2010) y Vitoria-Gasteiz (2008).

y evitar las que están contraindicadas por generar daño o riesgos de lesión para estas.
- **Principio de autodeterminación**. Deben promoverse y respetarse las decisiones de las personas usuarias y sus familias. Ello implica reconocer el derecho de las personas en situación de dependencia a tener y expresar sus propias opiniones, así como a identificar y llevar a cabo intervenciones basadas en sus valores, creencias y proyectos de vida.

Perfil de cuidador y cuidadora

En el caso de los y las cuidadoras para personas mayores y personas dependientes por discapacidad, deberán ser mayores de 18 años con Educación Primaria completa y buen manejo de la lectoescritura, tener actitud de servicio y una experiencia básica en tareas de cuidados. Hoy en día no es posible exigir la Educación Media Básica completa, por lo que, en el caso de no tenerla aprobada, se promoverá su finalización a través de diversos programas socioeducativos.

Por otro lado, deberán presentar interés por atender las necesidades de la persona con dependencia, tener capacidad de decidir y actuar frente a situaciones nuevas, actuar con tolerancia y poder integrarse a contextos sociales y familiares diferentes, tener certificado de salud y buena conducta. Este perfil ocupacional está dirigido a cuidadoras mujeres, hombres y personas trans, apuntando a la superación de prejuicios y estereotipos en la tarea de cuidado y a la desnaturalización en la asignación de roles de cuidado como una actividad exclusivamente vinculada a las mujeres, y como tarea del ámbito doméstico y privado, no reconocida ni valorada social y económicamente.

La tarea de cuidado requiere del dominio de saberes específicos, del manejo de técnicas y del desarrollo de múltiples competencias vinculadas a tareas de baja complejidad. Estas competencias se desarrollan para la atención y cuidado vinculado a la promoción de la salud, atendiendo a las necesidades de higiene, alimentación, recreación, contención, prevención de accidentes y el desarrollo de actividades generales de gestión y trámites. Las intervenciones del cuidador/a deben favorecer el desarrollo de la autonomía funcional de las actividades de la vida diaria, a partir de la estimulación de las capacidades existentes, sean estas emocionales, cognitivas funcionales, motoras y de socialización.

Una vez finalizada la instancia de capacitación, deberán tener conocimiento sobre:
- las leyes en relación a los cuidados y derechos de las personas dependientes;
- los cuidados básicos, sanitarios, psicosociales y relacionados al ciclo de vida;
- la importancia y el valor social del rol de quienes cuidan como participantes indispensables del sistema de cuidados y del impacto del mismo en las personas con dependencia;
- la regulación de la cantidad de cuidados que se realizan y la promoción de la importancia del autocuidado, reconociendo pautas y recursos a los cuales se pueda recurrir en cada situación particular;
- las posibles redes sociales y servicios en el territorio;
- las necesidades específicas de una familia con una persona con dependencia.
- Para los casos de dependencia vinculada a población con discapacidad y personas mayores, deben contar con información sobre las diferentes situaciones de dependencia por discapacidad, y las necesidades de cada una de las personas con dependencia derivada de la discapacidad mental, motriz, sensorial o múltiple.

En el caso de primera infancia, se entiende que se debe contemplar un perfil de ingreso a la formación, a saber: ser mayor de 18 años y haber aprobado la Educación Media Básica (Ciclo Básico o Formación Profesional Básica). En el caso de no tener aprobada la Educación Media Básica se promoverá la finalización a través de diversos programas socioeducativos.

La persona que desarrolle este trabajo deberá comprender la particularidad de este perfil laboral y estar dispuesta a asumir la responsabilidad de su desempeño. Asimismo, el cuidador/a en domicilio, al finalizar la formación, debería conocer las líneas del desarrollo biológico, afectivo, psíquico y social en la primera infancia y la importancia que asume el modo de satisfacción de las necesidades básicas de los niños y las niñas (alimentación, higiene, descanso).

Además, deberá comprender lo que significa el apego en la infancia y estar en condiciones de establecer relaciones próximas con niños y niñas. Estará dispuesto y apto para vincularse afectivamente con ellos y entender el papel que juegan los afectos en la relación y los cuidados.

Podrá estimular el desarrollo y crear un ambiente favorable al desarrollo. Sabrá ubicarse en el entorno familiar, comprender lo que su figura pone en juego para los adultos referentes. Deberá construir la confianza necesaria para que estos le deleguen parcialmente los cuidados de los niños y las niñas. Será respetuoso de las costumbres y pautas de crianza de la familia con la que deberá establecer un diálogo y acuerdos.

Propuestas de formación

Teniendo en cuenta los avances conceptuales definidos por el SNC es preciso lograr una visión del cuidado fundada en un enfoque de derechos, que abarque distintas dimensiones (material, cognitiva, emocional, relacional) y que sea pertinente cualesquiera sean las etapas del ciclo vital de las personas.

El diseño de las currículas debe contener la mencionada formación básica y la formación específica para el cuidado de las distintas poblaciones en situación de dependencia contenidas en el SNC, en acuerdo con los actores sociales, que deben cumplir todos los proveedores de formación tanto a nivel de empresas como particulares (Aguirre, 2013: 50). *"Si bien se debe enfatizar la formación en competencias técnicas, es decir, qué atención debe prestar un/a cuidador/a remunerado, se requiere potenciar cómo se presta esa atención. Para ello es necesario trabajar la valorización social de este trabajo y su contribución al bienestar y la protección social, la noción de derecho al cuidado, la calidad relacional, las consideraciones relativas a las discriminaciones y desigualdades de género y el propio cuidado de la persona que trabaja en este sector"* (Aguirre, 2013: 73).

De este modo, el modelo se organiza a partir de las dimensiones de la formación con un énfasis en derechos y explícitamente en las dimensiones material, cognitiva, emocional y relacional. Todas las formaciones que se establezcan en el marco del SNC considerarán la organización social de los cuidados con una perspectiva de género, etnia, derechos, generaciones, salud ocupacional, promoviendo el empoderamiento de cuidadoras/es en la tarea de cuidados.

Para cuidadores y cuidadoras de niñas y niños de 0 a 3 años

Primera infancia en domicilio

Este curso tiene como objetivo contribuir a la implementación del SNC a través de la formación de las personas que cuidan en domicilio a la primera infancia.

Entre los objetivos particulares podemos identificar: formar cuidadores/as atendiendo al desarrollo de las habilidades necesarias para la tarea del cuidado en domicilio de niñas/os, brindar una formación que apueste a desarrollar e integrar el saber, el saber hacer y el saber estar de los futuros cuidadores y cuidadoras y aportar a la construcción del rol del cuidador/a en domicilio en primera infancia, identificando las múltiples dimensiones que hacen a la tarea en los niveles conceptual, práctico y actitudinal.

El cuidado y la educación en la primera infancia constituyen dimensiones inseparables en el desarrollo infantil. En tanto garante de derechos, el Estado debe desarrollar los instrumentos que permitan su ejercicio, promoviendo y garantizando el acceso a servicios de calidad de todos los niños y las niñas.

Desde esta perspectiva compete al SNC pensar la especificidad de la figura del cuidador/a en domicilio, su función y tareas, así como los requerimientos de formación que ella demanda para lograr prácticas de cuidado de calidad.

Perfil de egreso

Las y los cuidadores habrán de comprometerse en la realización de acciones que aseguren el bienestar de los niños, particularmente de los bebés. Dichas acciones, acordadas con las familias y/o adultos a cargo, seguirán una rutina no caprichosa y responderán a las necesidades cambiantes de los niños/as en relación a la alimentación, la higiene y el descanso. El juego será un elemento cotidiano imprescindible, involucrando tanto la dimensión corporal como comunicacional y afectiva.

Esta función particular requiere de adultos dispuestos psíquica y corporalmente, que a su vez desarrollen destrezas y saberes que operen facilitando y estimulando el paulatino desarrollo de las capacidades y potencialidades que portan niños y niñas. La formación, por tanto, procura incidir en el proceso de elaboración intelectual y subjetiva de esta función que requiere sustentos conceptuales ordenadores así como del aprendizaje/desarrollo de formas de "hacer" y "estar" con relación a los niños/as y sus familias. En tanto cuidador/a habrá de sostener, conocer, decodificar, advertir, mostrar y promover el cuidado y desarrollo infantil, apelando a recursos técnicos adecuados a la edad, el proceso y características de cada niño/a.

Para cuidadores y cuidadoras de personas mayores en situación de dependencia

Las propuestas de currículas deben tener como objetivo profesionalizar la tarea de los cuidadores/as para mejorar la calidad de los servicios que reciben las personas mayores en situación de dependencia.

Se propone una capacitación con currículas estandarizadas, con un sistema por módulos que brinde opciones de formación básica y avanzada, diferenciada en sus contenidos de acuerdo a las necesidades de conocimientos para los niveles de dependencia leve, moderada y severa. De este modo se elabora una propuesta dinámica de formación que facilita el tránsito de los distintos perfiles de cuidadores/as que es necesario formar. En el mismo sentido es necesario distinguir la formación de acuerdo a los ámbitos de inserción laboral, donde se debe tener en cuenta la especialidad en la formación de cuidadores/as para personas mayores en situación de dependencia que requieren servicios en domicilio y de aquellos que requieren instituciones como los centros de larga estadía.

Otro de los elementos a considerar para las propuestas de formación es la relevancia de la transmisión de conocimientos referidos a los aspectos psicosociales de la dependencia, los cuales deben ser integrados a las currículas junto a contenidos sanitarios, equilibrando la carga horaria asignada a unos y otros.

Perfil de egreso

El egresado de la capacitación de cuidadores y cuidadoras de personas mayores en situación de dependencia tendrá conocimientos básicos sobre los diferentes niveles de dependencia en este momento del ciclo vital. Tendrá herramientas que favorezcan el desarrollo de la autonomía funcional y de las actividades de la vida diaria. Obtendrá herramientas para el trabajo específico a saber: movilidad, primeros auxilios, suministro de medicación, actividades de la vida diaria, manejo de situaciones de crisis, entre otros. Desarrollará su tarea desde una perspectiva de derechos humanos y género, apuntando a la prevención, identificando y optimizando las posibilidades existentes que presenta cada persona.

Para cuidadores y cuidadoras de personas con discapacidad en situación de dependencia

La formación para cuidadores y cuidadoras de personas con discapacidad en situación de dependencia implica abordar tres grandes áreas: a) conocimientos, técnicas y entrenamiento que habiliten la realización de las tareas de cuidados; b) competencias relativas al componente relacional y afectivo; c) los cuidados del cuidador/a. Se propone la organización de la formación con base en un módulo troncal, común a todas las formaciones, y módulos por niveles para atender la diversidad y la dependencia, leve, moderada y severa.

Como antecedentes a la regulación de la formación se adjunta las normativas vigentes en la Ley Nº 18.651, del 19 de febrero de 2010, de Protección Integral a los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley Nº 18.437, del 1º de diciembre de 2008, Ley General de Educación, y la Ley Nº 18.418, de noviembre de 2008, que ratifica la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, aprobada por la Asamblea General de ONU en diciembre de 2006.

Perfil de egreso

Las competencias adquiridas en este curso le permitirán al egresado de la capacitación como cuidadores/as de personas en situación de dependencia por discapacidad obtener conocimientos básicos de los distintos perfiles tipo de discapacidad, las funciones afectadas, los grados de dependencia, etc. Tendrá herramientas que favorezcan el desarrollo de la autonomía funcional, de las actividades de la vida diaria de las personas en situación de dependencia por discapacidad. Obtendrá herramientas para el trabajo específico, a saber: sobre movilidad, primeros auxilios, suministro de medicación, actividades de la vida diaria, manejo de situaciones complejas, entre otros. Desarrollará su tarea desde una perspectiva de derechos humanos, apuntando a la prevención, identificando y optimizando las posibilidades existentes que presenta cada persona.

Formación para quienes prestan cuidados de forma no remunerada

Este apartado refiere a propuestas de capacitación para las familias, en términos de apoyos para brindar cuidados de calidad a las personas en situación de dependencia. Se propone que se hagan ciclos de capacitación acreditados por el SNC, en los centros de atención a niños/as, personas con discapacidad y personas mayores, en ambos casos en situación de dependencia. La propuesta de formación para estas personas toma como base las experiencias piloto realizadas, y tendría como primer nivel el básico que se implementará con trabajadoras y trabajadores remunerados. También es importante contar con talleres para quienes realicen el trabajo de forma voluntaria.

Formación para cuidadoras y cuidadores remunerados

Se plantea ofrecer diferentes modalidades para el ingreso a la formación, que permitan ir incorporando progresivamente a las personas que están cuidando de forma remunerada.

Las modalidades posibles son:

- formación básica previa al trabajo de cuidados;
- formación complementaria durante la realización de las tareas de cuidados remuneradas;
- cursos pilotos realizados en el período 2012-2015 del SNC.

Propuesta de diseño institucional

Este modelo institucional del SNF surge de la propuesta del subgrupo de Formación dedicada al diseño del sistema. Se divide en los siguientes apartados:

- Organización del SNF.
- Naturaleza de los recursos humanos del SNF, denominación y cometidos.
- Identificación y ubicación institucional de los cursos de formación.

Estructura organizacional del SNC

La propuesta institucional incluye una Comisión Permanente de Formación de los Cuidadores y Cuidadoras, y una red constituida por los organismos ejecutores responsables de los cursos: ANEP-UTU, INAU-CENFORES y CFE de la ANEP.

La Comisión Permanente de Formación de Cuidadores y Cuidadoras será el instrumento para la articulación del SNF, integrado a la Junta del Sistema Nacional de Cuidados (JUNACU). Esta Comisión estará integrada por los Ministerios y o otros organismos responsables del SNC: MIDES, BPS, INAU, MTSS, MEC, MSP, UTU, CENFORES, MEF, ANEP. Compete a la Comisión Permanente de Formación:

- Proponer las orientaciones y lineamientos generales relativos a la Formación de Cuidadores y Cuidadoras.
- Propiciar la reflexión crítica a partir de los informes de los organismos ejecutores.
- Orientar a las instituciones efectoras en la elaboración de sus materiales didácticos.
- Sugerir la planificación anual de la Formación de Cuidadores y Cuidadoras, teniendo en cuenta los presupuestos elaborados por las instituciones efectoras.

Recursos humanos del sistema de formación y sus cometidos

Los recursos humanos relacionados al SNF son los cuidadores/as, formadores/as y formadores/es de formadores/as.

Formadores/as de Formadores/as

Será su cometido:

- Capacitar a los docentes que, en los distintos niveles e instituciones, tendrán a su cargo los cursos de formación dentro del SNF de Cuidadores y Cuidadoras.
- Promover la valoración social de la persona que cuida, en el marco de un sistema con perspectiva de derechos humanos.
- La formación en los contenidos transversales que cualificarán el SNF.

Formadores y Formadoras

Serán sus cometidos la formación de cuidadores y cuidadoras desde una perspectiva de derechos humanos de las personas en situación de dependencia y promover la valoración social de la persona que cuida, en el marco de un sistema con perspectiva de derechos humanos.

Cuidadores y Cuidadoras

Será su cometido efectuar las actividades relativas a cuidados.

Ubicación institucional de los cursos

Cursos de Formación	Efectores
Curso de Formación de Formadores/as	ANEP-CFE
Cursos por población	
Curso de Cuidados a la primera infancia	INAU-CENFORES
Curso de Cuidados a personas con discapacidad en situación de dependencia	ANEP-UTU
Curso de Cuidados a personas mayores	ANEP-UTU

Acreditación de saberes

La acreditación de saberes considerará la experiencia en el cuidado de personas dependientes, número de años en el sector de atención y la especificidad de la experiencia en relación a las diferentes deficiencias.

Ofrecer diferentes modalidades para el ingreso a la formación permitirá ir incorporando progresivamente a las personas que ya están cuidando de forma remunerada o no. Se establecerán incentivos para la culminación de la educación formal, destinados a los cuidadores/as que ingresen al SNC sin haber concluido la educación básica. Esto exigirá la regulación y adaptación de la formación de estos cuidadores/as dentro del SNF y la coordinación cuando se vinculen con el SNC.

Al diseñar el sistema de acreditación deberán diseñarse los módulos base, que igualmente deberán realizar las personas que se postulen a la acreditación. Dicha acreditación estará a cargo UTU y CENFORES, respectivamente.

Principales elementos del capítulo

- El principal objetivo del SNF es propiciar la formación en cuidados, desde una perspectiva de derechos humanos, género, étnica-racial y generacional, a las personas ocupadas o que desean ocuparse en la tarea del cuidado. Además, valorizar la tarea del cuidado y respetar las características de las personas a cuidar con capacitaciones a medida.

Lineamientos generales sobre el SNF por población

- Primera infancia: avanzar en la formación de personas que cuidan dentro del hogar.
- Personas mayores en situación de dependencia: especializar la tarea de los cuidadores y cuidadoras y estandarizar las currículas. La formación integral integrará aspectos psicosociales. Se implantará un sistema de acreditación de conocimientos.
- Personas con discapacidad en situación de dependencia: currículas que atiendan a la heterogeneidad de la discapacidad; se integrará a las personas que ya cuidan, formando o acreditando; la formación apuntará a mantener la dignidad de la persona en situación de dependencia por discapacidad promoviendo su autonomía, autodeterminación e independencia, su bienestar físico y psicológico.
- Para personas que cuidan: el SNF deberá contar con un módulo general transversal a todas las poblaciones, sobre organización social de los cuidados desde una perspectiva de género y derechos humanos, derechos laborales, salud ocupacional y empoderamiento de cuidadoras/es.

Competencias de las personas que cuidan

El rol de cuidador/a refiere a cuidados de baja tecnología, lo que implica brindar apoyo en las actividades de la vida diaria, procurando mantener la autonomía y mejorar la calidad de vida de la persona con dependencia.

Perfil de cuidador/a

En el caso de las personas mayores y con discapacidad en situación de dependencia deberán ser mayores de 18 años con Educación Primaria completa y buen manejo de la lectoescritura, tener actitud de servicio y una experiencia básica en tareas de cuidados. Se promoverá la finalización de la enseñanza media básica para aquellas personas que no la hayan realizado, a través de diversos programas socioeducativos. Este perfil ocupacional está dirigido a cuidadoras mujeres, hombres y personas trans. En el caso de primera infancia, se entiende que se debe contemplar un perfil de ingreso a la formación, a saber: ser mayorde 18 años y haber aprobado la Educación Media Básica (Ciclo Básico o Formación Profesional Básica). En el caso de no tener aprobada la Educación Media Básica se promoverá su finalización a través de diversos programas socioeducativo.

Propuesta de formación

- Primera infancia. Las y los cuidadores habrán de comprometerse en la realización de acciones que aseguren el bienestar de los niños, particularmente de los bebés. Dichas acciones, acordadas con las familias y/o adultos a cargo, seguirán una rutina no caprichosa y responderán a las necesidades cambiantes de los niños/as en relación a la alimentación, la higiene y el descanso. El juego será un elemento cotidiano imprescindible, involucrando tanto la dimensión corporal como comunicacional y afectiva.
- Personas mayores. El egresado de la capacitación de cuidadores y cuidadoras tendrá conocimientos básicos sobre los diferentes niveles de dependencia en cada momento del ciclo vital y diferentes herramientas que favorezcan el desarrollo de autonomía funcional y específica de la tarea. Incorporará en sus tareas cotidianas los enfoques de género y derechos humanos.
- Personas con discapacidad en situación de dependencia. Las competencias adquiridas en este curso le permitirán al egresado obtener conocimientos básicos de los distintos perfiles tipo de discapacidad, las funciones afectadas y los grados de dependencia; asimismo, incorporará herramientas que favorezcan el desarrollo de la autonomía funcional y aquellas herramientas necesarias para el trabajo específico.

Propuesta de diseño institucional

Hay una Comisión Permanente de Formación de los Cuidadores y Cuidadoras, y una red constituida por los organismos ejecutores responsables de los cursos: ANEP-UTU, INAU-CENFORES, CFE-ANEP.

Recursos humanos del sistema de formación y sus cometidos

Cursos de formación de formadores, ubicados institucionalmente en relación con la población objetivo: INAU-CENFORES, ANEP-UTU y ANEP-CFE (curso de Formación de Formadores).

Anexo. Formación: Contenidos de los cursos propuestos

Cuidados para primera infancia en domicilio

Los contenidos se agruparán en cuatro áreas temáticas precedidas por una introducción que ubicará las cuestiones centrales en cuanto a los cuidados domiciliarios en la primera infancia: primera infancia y desarrollo infantil; primera infancia y entorno; cuidados y vida cotidiana; cuidados en la primera infancia.

Introducción

La introducción se abocará a ubicar el SNC como política pública que robustece la matriz de protección social en el país, señalando la especificidad que asumen los cuidados en la primera infancia[4] y la particularidad y complejidad que agrega el hecho del cuidado en domicilio. Se busca aproximar al aspirante a la premisa básica acerca de la relación del cuidado y la educación en la primera infancia así como su desarrollo en el país en las últimas décadas. Se ubica la Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia (ENIA) y de la Convención sobre los Derechos del Niño.

Área temática: primera infancia y desarrollo infantil

Objetivo: ofrecer a los participantes un marco conceptual que facilite el reconocimiento y la comprensión de los procesos, fenómenos y singularidades que componen el desarrollo infantil en niños/as de 0 a 3 años y su relación con el entorno y los cuidados. Se procura ubicar conceptualmente a la primera infancia y dar cuenta brevemente de las transformaciones sociales, jurídicas y político-institucionales en la consideración, atención y educación de los niños pequeños (de la "guarda" a la función educativa, de objeto de cuidado a sujeto de la educación). A partir de la concepción de primera infancia y desarrollo infantil se subrayan elementos clave a tener en cuenta en el proceso de devenir Sujeto inherente al desarrollo humano, del papel que juega en ello el entorno material y humano y de la significación de las figuras adultas en este tránsito.

Primer nivel de desagregación de los contenidos:

- Concepción de primaria infancia y desarrollo infantil de 0 a 3 años.
- Caracterización y particularidades. Importancia de los primeros años.
- Conceptos de crecimiento, maduración, desarrollo y aprendizaje. Vínculo primario, apego y encuentro con el mundo. Desarrollo biológico, psicológico, cognitivo y social. Caracterización según tramos de edad: el lactante, el deambulador.

4. Solo se justificarán las inasistencias por motivos de enfermedad del participante, debiendo ser debidamente certificadas. En este caso se computará ½ inasistencia.

Área temática: primera infancia y entorno

Objetivo: ubicar la importancia de concebir al niño en relación con el entorno e inseparable del contexto material, humano y simbólico en el que vive. Se procura jerarquizar el lugar del otro significativo en la crianza, cuidado y educación del niño/a; comprender la función del cuidado en la primera infancia en relación con la familia y otros agentes comunitarios, visualizando el carácter compartido e integral del cuidado y el sentido del trabajo con otros (familia, supervisión de la tarea de cuidado, instituciones socioeducativas, etc.).

Primer nivel de desagregación de los contenidos:

- El niño y el entorno, estimulación, exploración, aprendizaje.
- Aprendizajes, habilidades, destrezas, logros y potencialidades según edades.
- Comunicación, lenguaje, juego y vínculo.
- El desarrollo progresivo de la autonomía.
- Proceso de socialización y constitución del sí-mismo en los primeros años.
- El papel de la simbolización.
- La interrelación con el mundo y los otros (pares y adultos).
- La familia, conformaciones, pautas de crianza.
- Vínculos y figuras significativas (apego).
- Contextos de desarrollo, entornos sociales y culturales. Finalidad educativa en la Primera Infancia.

Área temática: cuidados y vida cotidiana

Objetivo: conceptualizar la vida cotidiana como espacio-tiempo donde convergen acciones educativas y de cuidado, distintos actores y múltiples procesos. Se busca la comprensión del cuidado y sus dimensiones en el marco de las relaciones significativas que se establecen entre el niño/a y el adulto y la identificación del hogar como un espacio de interacción el niño/a, la familia y el cuidador/a. El cuidado como interacción compleja.

Primer nivel de desagregación de los contenidos:

- La vida cotidiana en el hogar en tanto entramado de relaciones, costumbres, hábitos, ritmos y conductas, que operan a través de acciones y representaciones moldeando los procesos identificatorios y la construcción subjetiva de los niños/as.
- Relaciones con la familia y la comunidad.
- Vida cotidiana y contextos de crianza.
- Cuidados básicos.
- Rutinas de alimentación, higiene y descanso (según edades).
- El ambiente como elemento relevante en el cuidado de los niños/as.
- Marcos jurídicos para la atención a la Primera Infancia (Código de la Niñez y Adolescencia, Convención sobre los Derechos del Niño, Ley General de Educación Nº 18.437, etc.)

Área temática: cuidados en la Primera Infancia

Objetivo: introducir al futuro cuidador/a en los aspectos instrumentales básicos que hacen al cuidado del niño/a pequeño, concibiendo los cuidados como un accionar no mecánico. Ello significa estar dispuesto a establecer vínculos y producir interacciones que, además de atender una necesidad o aspecto particular y concreto que hace al cuidado del niño/o, produzcan experiencias sensoriales, cognitivas y afectivas, esto es, experiencias educativas.

Primer nivel de desagregación de los contenidos.

- Desarrollar habilidades, aptitudes, actitudes y procedimientos acordes al desarrollo del rol de cuidador/a.
- El cuidador/a, su historia, costumbres y bagaje cultural como recursos para la tarea de cuidados.
- Organización de la cotidianeidad como elemento del cuidado.
- Sostén y manejo del cuerpo del niño pequeño.
- La diferencia de lenguajes entre el adulto y el niño.
- Alimentación y preparación de alimentos.
- Accidentalidad en la Primera Infancia.
- Prevención de accidentes domésticos.
- Trastornos del desarrollo, enfermedades prevalentes en la Primera Infancia y promoción de salud.
- Tratamientos médicos y participación del cuidador, primeros auxilios.
- Estimulación, expresión, exploración, creación de oportunidades, juego.
- Actividades según edad/desarrollo (música, plástica, literatura infantil).
- Enriquecimiento de la experiencia (vínculos y ambiente).
- Comunicación, vínculo, función educativa y cuidados.
- La planificación como un ordenador de la tarea que permite programar, anticipar y que debe, sin embargo, dar lugar a lo imprevisto y prestarse a reformulaciones.
- Comprender la complejidad del cuidado en la Primera Infancia concibiendo toda acción de cuidado como un acto que se dirige a lo más singular e íntimo del sujeto en desarrollo a la vez que a su ser social.

Contenidos de la formación para cuidadores y cuidadoras de personas mayores en situación de dependencia

La propuesta de formación es Capacitación Profundización Profesional de la UTU. La carga horaria será de 360 horas. Para desarrollar dicha capacitación se contará con 3 talleristas.

Unidad 1: Construcción del rol de la y el cuidador desde una perspectiva de derechos

- El o la cuidadora desde la perspectiva de derechos humanos.
- Desarrollo de las tareas de cuidados en los diferentes ámbitos.
- Valorización del rol de la cuidadora y el cuidador (desde el vínculo humano) y de las tareas del cuidado.

Unidad 2: Gerontología social

- El proceso de envejecimiento, prejuicios en torno a la vejez, estereotipos, vejez y sexualidad y pérdida de autonomía.
- Derechos de las personas mayores.
- Maltrato y abuso de las personas mayores.
- Trasformaciones y heterogeneidad en las relaciones familiares.

Unidad 3: Geriatría: síndromes geriátricos, técnicas de cuidado y de relacionamiento

Construcción del vínculo cuidador/a – persona cuidada

- Vínculo cuidador – persona cuidada.
- Formas de aproximación.
- Respeto del espacio y la privacidad.
- Construcción de la confianza y empatía.
- Impacto psicológico para la persona institucionalizada u objeto de cuidado.

El cuidado de las personas mayores

- "Limitaciones" de los personas mayores en su vida cotidiana.
- Rol del cuidador asistiendo en las tareas que el adulto mayor no pueda realizar sin ayuda y a la vez fomentando su autonomía.
- Cómo se alimentan las personas mayores.

El área de cuidado: higiene y confort

- Importancia de la observación y registro.
- Las áreas del cuidado y el cuidado del entorno.
- Cuidado personal (cuidador/a y persona cuidada).
- Cuidado del espacio y la intimidad.
- Construcción del rol del cuidador desde su "presencia" y considerando su presencia física.
- Valoración de los riesgos del entorno.

Aspectos técnico-teóricos a trabajar

- Nociones básicas de anatomía y fisiología.
- Cambios normales del proceso de envejecimiento.
- Generalidades sobre el concepto de "síndrome geriátrico" y mención de síndromes habituales.

Síndromes geriátricos:

- Control de esfínteres (pañales, sondas, vías, etc.).
- Cuidados en casos con síndromes de inmovilización (cuidados de la piel, úlceras de presión y contacto, cuidado y prevención).
- Síndromes geriátricos relacionados con la movilidad.
- Patologías frecuentes del sistema loco-motor.

- Patologías cardiovasculares.
- Patologías respiratorias concretas (uso de oxígeno, máscara, etc.).
- Trastornos degenerativos del sistema nervioso.
- Síndromes psiquiátricos.
- Nutrición e hidratación. Obesidad y desnutrición. Aparato digestivo.
- Diabetes.
- Hipertensión arterial y patologías cardiovasculares.
- Cuidados pre y posoperatorios.
- Patologías terminales y casos de pacientes oncológicos. El manejo del duelo y el cuidado en casos de personas terminales.
- Técnicas de higiene y confort (higiene bucal, baño, cambio de cama, vuelta en cama o rotación, entre otras).
- Prácticas de movilización. Autonomía y rehabilitación.
- Técnicas de alimentación. La importancia del cuidado bucal y su vinculación con la alimentación.
- Detección de las situaciones de alarma.
- Identificación de las situaciones en las que se puede intervenir o se debe dar aviso y a quién. Diferentes situaciones: distinción entre emergencia y urgencia.
- Técnicas básicas de atención ante emergencias.
- Cuidado de la cuidadora y el cuidador (salud ocupacional).

Unidad 4: Organización social de los cuidados

- La política pública del cuidado: el SNC en Uruguay. Estado de situación y proyección.
- Transformaciones familiares y heterogeneidad en las relaciones familiares.
- Las crecientes necesidades de cuidados y sus factores explicativos.
- Las dimensiones del cuidado.
- Las relaciones de cuidado.
- Ética del cuidado: feminización del cuidado y división sexual del cuidado.
- Los cuidados como derecho. Igualdad y no discriminación.
- Servicios y prestaciones.

El resto de las horas son horas de práctica participante.

Las personas que realicen esta capacitación deben comprobar o bien tener experiencia de trabajo en el área o haber concurrido a alguno de los cursos realizados por los organismos del Estado como experiencia piloto de la formación del SNC.

Contenidos de la formación para cuidadores y cuidadoras de personas en situación de dependencia por discapacidad

La propuesta de formación es Capacitación Profundización Profesional de la UTU. La carga horaria será de 360 horas. Para desarrollar dicha capacitación se contará con 3 talleristas.

Unidad 1: Marco general del rol de la persona que cuida

Presentación general de la tarea de asistencia personal y de los cuidadores/as.

Acercamiento a lo que se espera de la tarea del perfil de egresado. Encuadre ético y legal de las acciones del cuidador/a y del asistente personal.

- Significado del cuidador/a y del asistente personal.
- Encuadre de la tarea del asistente personal y de los cuidadores/as.
- Espacios de asistencia (domiciliaria // extra-domiciliaria).

Marco legal, sistema conceptual actual

Conocer sobre los derechos de las personas con discapacidad y las acciones positivas que deben existir para poder satisfacerlos. Leyes, definiciones gubernamentales y coyuntura de la temática en nuestro país.

- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Marco legal uruguayo.

Unidad 2: Discapacidad y dependencia

Profundizar sobre los conceptos básicos de discapacidad, abordando las particularidades y tipologías.

- Deficiencia, discapacidad y diversidad funcional.
- Deficiencias sensoriales, físicas, mentales e intelectuales.
- Concepto de dependencia por discapacidad.
- Promoción de la autonomía.

Tipos de discapacidad

Identificar particularidades para cada tipo de discapacidad, de acuerdo a la deficiencia y funciones según el ciclo de vida.

- Nociones básicas de anatomía y fisiología.
- Adquisiciones esperables para determinadas edades.
- Discapacidad sensorial.
- Discapacidad física.
- Discapacidad mental.
- Discapacidad intelectual.

Unidad 3: Herramientas para el desarrollo de las actividades de la vida diaria[5]

Las personas dependientes necesitan de la ayuda de una tercera persona para realizar las actividades de la vida diaria (AVD). Es necesario tener herramientas concretas para poder brindar apoyo, desde una forma que contemple el fomento de la autonomía de la persona que precisa ayuda cuidando al que la brinda.

5. Ver Apartado de Metodología y bibliografía correspondiente para esta Unidad

Transferencias y movilizaciones
- La acción de vestir.
- Movilidad y transferencias.
- Movilidad y traslados.
- Movilidad: cuidados posturales y prevención.
- Ejercicios posturales y que favorezcan el tono muscular.
- Empleo de las ayudas técnicas y tecnológicas.

Los cuidados en la higiene
- Higiene bucal.
- Higiene corporal. Cuidado de la piel.
- Higiene del sueño.
- Higiene postural.
- Higiene ambiental.

La alimentación y la eliminación
- Nutrición e hidratación.
- Las técnicas de alimentación.

Medicación y prevención (marco ético)
- Suministro de Medicación.
- Prevención de patologías habituales.
- Úlceras por presión (desarrollar o plantear otras patologías asociadas).
- Prevención y manejo de accidentes relativos a la movilidad.

Primeros auxilios
- Comunicación y manejo de situaciones de crisis.
- Comprensión y manejo de situaciones difíciles: enfado, agresividad, alucinaciones.
- Nociones básicas de Lengua de Señas del Uruguay (LSU).

Unidad 4: Actividades vinculadas a la estimulación cognitiva básica, discapacidades mentales e intelectuales
- Manejo del dinero, manejo del calendario, etc.
- Estrategias concretas estimulación

Unidad 5: Trabajo y salud ocupacional
Con el objetivo de la profesionalización de la tarea del asistente personal, es necesario acercar los derechos y las obligaciones que como trabajadores tienen.
- Condiciones de trabajo.
- Prevención de riesgos laborales.
- Higiene laboral.
- Daños derivados del trabajo.
- Accidentes en el hogar seguridad y trabajo. Técnicas de seguridad. Plan de autoprotección.
- Responsabilidades y sanciones.
- Derechos laborales de los Cuidadores y Cuidadoras.

Unidad 6: Organización social de los cuidados
- La política pública del cuidado: el SNC en Uruguay. Estado de situación y proyección.
- Transformaciones familiares y heterogeneidad en las relaciones familiares.
- Las crecientes necesidades de cuidados y sus factores explicativos.
- Las dimensiones del cuidado.
- Las relaciones de cuidado.
- Ética del cuidado: feminización del cuidado y división sexual del cuidado.
- Los cuidados como derecho. Igualdad y no discriminación.
- Servicios y prestaciones.

El resto de las horas son horas de práctica participante.

Las personas que realicen esta capacitación deben comprobar o bien tener experiencia de trabajo en el área o haber asistido a alguno de los cursos realizados por los organismos del Estado como experiencia piloto de la formación del SNC.

CAPÍTULO 5

Qué servicios, para quiénes, en qué momento

Introducción

Este capítulo busca presentar una propuesta concreta respecto a las poblaciones, prestaciones y etapas del SNC. Se basa principalmente en las propuestas elaboradas en el proceso de discusión del SNC entre los años 2010 y 2013, así como en los aprendizajes que surgen de las experiencias llevadas a cabo en los últimos años. Así, las propuestas recogen principalmente líneas establecidas en el documento *Hacia un modelo solidario de cuidados*, aprobado por el Gabinete Social en 2012.

Debe tenerse especialmente en cuenta que se trata de una propuesta entre tantas, y que su principal objetivo es el dimensionamiento concreto de los esfuerzos necesarios para implementar un conjunto de prestaciones que aporten a solucionar el cuidado de las personas en situación de dependencia siguiendo los principios y objetivos planteados para el SNC. Por ello, se pone énfasis en la implementabilidad de las prestaciones propuestas y en su relación con las prestaciones piloto ya impulsadas por el Estado en este período.

El capítulo se divide en dos grandes secciones. En la primera se presentan los servicios y prestaciones propuestas para el SNC, explicitando a qué poblaciones van dirigidos y sus etapas de implementación. En la segunda parte se describen las necesidades de inversión en infraestructura y recursos humanos que se requieren para el buen funcionamiento del SNC.

Propuestas de servicios de cuidado. Descripción y estrategia de implementación

La presente sección da cuenta de las propuestas de prestaciones de cuidado en el marco del SNC. Estas propuestas son una síntesis de las detalladas en el documento *Hacia un modelo solidario de cuidados* (GT, 2012) aprobado por el Gabinete Social en setiembre de 2012. Las prestaciones que se describen tendrán un desarrollo temporal específico, proponiendo dos horizontes temporales: los primeros pasos y una mirada en el largo plazo. Asimismo, estos dos horizontes corresponden a dos lógicas de implementación: en el corto plazo se implementan políticas focalizadas en quienes tienen las mayores necesidades de cuidado y el comienzo de algunas prestaciones más universales, y en el largo plazo se asume una lógica universal para el sistema[1].

A continuación se describen las políticas discutidas y una propuesta de estrategia de implementación de cada prestación en el corto plazo (primera etapa de implementación) y largo plazo (segunda etapa de implementación) en cada una de las subpoblaciones priorizadas. Debe enfatizarse el hecho de que esta estrategia de implementación es una opción posible, pero pueden existir muchas otras.

Las prestaciones descritas están también destinadas a la cuarta población, las personas que cuidan, dado que los servicios previstos para las primeras tres poblaciones tienen impacto en quienes cuidan[2]. Para quienes actualmente destinan gran parte de su tiempo a realizar tareas de cuidado, la oferta de prestaciones que se describe a continuación significaría disponer de ese tiempo para actividades personales vinculadas al mercado laboral, al estudio o al ocio. En el caso de las personas que trabajan y cuidan, destinando grandes proporciones de sus ingresos en acceder a servicios de cuidado provistos por el mercado, estas prestaciones pretenden ser un "alivio" en la economía del hogar y ofrecen una posibilidad de acceder a servicios con estándares de calidad en promedio más elevados.

Asimismo, la implementación de estas políticas afecta a quienes se dedican y quienes se dedicarán a las tareas remuneradas de cuidado, ya que implica determinaciones en cuanto a sus condiciones de trabajo. Debe aclararse que las políticas de formación desarrolladas en el capítulo 4 se consideran directamente destinadas a esta subpoblación y lo mismo ocurre con la regulación laboral propuesta en el capítulo 7. Por lo tanto, detallar las propuestas en las tres subpoblaciones con necesidades de cuidado no implica en lo

1. Este documento respeta uno de los principios orientadores del sistema: *"Como política basada en derechos humanos, el SNC apuntará a construirse como política participativa universal, focalizando sus acciones iniciales en los colectivos de mayor vulnerabilidad social. El diseño incluirá compromisos de mediano y largo plazo en la incorporación de colectivos hasta su universalización"* (GT, 2012: 17).
2. El capítulo 4 de este libro es el que trata específicamente la formación de cuidadores y cuidadoras, la política específica para esta población.

más mínimo el desconocimiento de las personas que cuidan como población objetivo del SNC.

Cuidados dentro del hogar

Las propuestas de prestaciones dentro del hogar son: ampliación de licencias maternales, paternales y de cuidado, cuidados domiciliarios y teleasistencia.

Ampliación de licencias maternales, paternales y de cuidado

Se propone la ampliación de las licencias maternales, paternales y de cuidado, contemplando a todos los y las trabajadoras que aportan a la seguridad social. Esto se basa en la recomendación de que las niñas y niños menores de 12 meses –de ser posible y de elección de la familia permanezcan en el hogar, y que el período de lactancia exclusiva sea de al menos 6 meses. Asimismo, la ampliación de las licencias paternales permite fortalecer el vínculo de los varones con sus hijos e hijas, habilitando procesos de corresponsabilidad dentro de los hogares[3].

El Cuadro 24 presenta la propuesta de implementación de la extensión de las licencias. Se propone alcanzar las fases 1, 2 y 3 en la primera etapa de implementación del SNC y completarlo en la segunda.

Debe tenerse en cuenta que en todos los casos las licencias deben abarcar también a las parejas del mismo sexo, diseñando algunos dispositivos específicos para la licencia por maternidad. También se deberá prestar especial atención a las situaciones de padres y madres solos/as, de modo que puedan utilizar toda la extensión de la licencia de cuidados.

Cuidados domiciliarios

Esta prestación está destinada al cuidado de niñas y niños, personas mayores y personas con discapacidad en situación de dependencia, previendo características específicas en cuanto a la formación de quien realiza la tarea y cantidad de horas subsidiadas. El objetivo de esta prestación es brindar servicios de cuidado de calidad, a través del subsidio de horas de cuidado a cargo de cuidadores y cuidadoras capacitadas adecuadamente. El servicio podrá ser prestado por particulares, instituciones privadas de cuidado y organizaciones sociales bajo una regulación adecuada que garantice un servicio de cuidado de calidad estándar.

Se propone un modelo de gestión en el que se subsidia directamente a la familia una parte del salario de quien cuida, exigiendo que la cuidadora o cuidador realice un curso básico de cuidados, y respetando los salarios mínimos que se establezcan. El monto que subsidie el SNC dependerá de la capacidad de pago del beneficiario. De este modo, se ge-

Cuadro 24. Propuesta de implementación de extensión de licencias maternales, paternales y de cuidado

	Maternidad	Paternidad	Cuidados
1. Unificación	14 semanas a todas las trabajadoras que aportan a la seguridad social (mínimo OIT): una semana adicional para trabajadoras públicas, unificación de sistemas para quienes aportan a caja de profesionales y caja notarial, 14 semanas para patronas de empresas de 3 o más trabajadores/as.	10 días continuos a todos los trabajadores que aportan a la seguridad social: se incorporan quienes aportan a caja de profesionales y notarial y patrones de empresas de 3 o más trabajadores.	Medio horario de labor para padre o madre hasta 6 meses del niño o niña a partir del fin de licencia por maternidad: se incorporan quienes aportan a caja de profesionales y notarial, patrones de empresas de 3 o más trabajadores y los varones asalariados públicos.
2. Extensión de licencia maternal	18 semanas para todas (recomendación OIT)		
3. Extensión de licencia de cuidados			Medio horario de labor para padre o madre: hasta 9 meses del niño o niña a partir del fin de licencia por maternidad si el padre hace uso de ella por un mínimo de 4 semanas; en caso contrario se mantiene régimen anterior (6 meses).
4. Extensión de licencia paternal		15 días continuos	
6. Extensión cuidados			Medio horario de labor para padre o madre hasta 9 meses del niño o niña a partir del fin de licencia por maternidad. Si el padre hace uso de ella por un mínimo de 9 semanas se extiende el medio horario hasta los 12 meses del niño o niña.

3. Con el objetivo de promover la corresponsabilidad entre mujeres y varones a través del uso efectivo de las licencias por ambos padres, se proponen licencias de cuidado que son más extensas si los dos las utilizan. La experiencia internacional muestra que en los países en los que la legislación establece una licencia intransferible para el hombre, como Suecia e Islandia, estos toman efectivamente un porcentaje mayor del total de días de licencia por nacimiento (Castro y Pazos, 2007).

neran incentivos a la formalización, al pago de mejores salarios y a la formación.

En el caso de la primera infancia, se propone cubrir con este servicio la media jornada de padres y madres luego de terminadas las licencias, para que los y las bebés de menos de un 1 permanezcan en el hogar. A partir del año se promueve el cuidado en centros, por lo tanto la prestación de cuidado domiciliario se mantiene solamente para los niños y niñas de 1 año que no asistan a ellos, y a un costo mayor. En todos los casos, el subsidio corresponde a 20 horas semanales y se implementaría en una segunda etapa.

Para personas mayores, se prevé que esta prestación cubra a todos las personas en situación de dependencia severa. En una primera etapa, se propone subsidiar 15 horas semanales y en la segunda etapa de implementación se propone extender el servicio a 30 horas semanales.

En el caso de discapacidad, el objetivo a largo plazo también es cubrir a todas las personas en situación de dependencia severa con 30 horas semanales. Para la primera etapa, se propone brindar 7.000 subsidios por 20 horas semanales. Debe tenerse en cuenta que el programa de Asistentes Personales es un antecedente directo de esta prestación, aunque presenta algunas diferencias. Por ello, resulta central hacer el esfuerzo de armonizar ambos de modo de no duplicar esfuerzos[4]. Luego, se ampliarán a 30 horas semanales para todas las personas en situación de dependencia severa.

Teleasistencia

Este servicio está destinado a personas mayores y con discapacidad. Como antecedente de oferta podemos observar el servicio de teleasistencia aplicado en España, originalmente ofrecido por la Cruz Roja. Consiste en la instalación de una terminal en la vivienda del o la usuaria, que está conectada a un dispositivo tecnológico que lleva consigo, sea en forma de collar o de pulsera. El usuario pulsa un botón en el dispositivo que lo comunica directamente con una central de escucha, donde reciben el aviso junto a los datos que identifican a la persona y demás información relevante. Desde la central se intenta comunicar verbalmente con el usuario a través del dispositivo, y dependiendo de si el usuario puede comunicarse o no, o la situación con la que se enfrente, se le deriva a un contacto de referencia o a la emergencia médica, o incluso se va directamente a la vivienda (la persona que solicita el servicio deja una copia de sus llaves y un permiso para ingresar si es necesario). Incluso existe en algunos casos la incorporación de una medición de velocidad en el dispositivo, que identifica si la persona se cayó o perdió la verticalidad, y automáticamente se comunica a la central.

Este servicio tiene como objetivo el de aumentar la autonomía personal y reducir la necesidad de abandonar el hogar a causa de la dependencia. Este servicio brinda tranquilidad tanto a los usuarios como a los familiares, sabiendo que ante cualquier eventualidad podrán ser atendidos. Se basa en aportes del sector de Tecnología en Información y Comunicación (TIC) y puede ser un aspecto a trabajar y contribuir desde la investigación en Ciencia y Tecnología (CyT).

Dentro del SNC se propone incorporar este servicio tomando la experiencia internacional y también considerando los aportes que se realicen desde la investigación en CyT de nuestro país, pudiendo incorporarle nuevas funcionalidades al servicio. Por ejemplo, se propone una segunda función para que el dispositivo funcione como recordatorio de medicamentos, citas médicas, etc., de forma automática.

Dado que es una prestación de bajo costo unitario, se plantea su implementación progresiva por edad en el caso de personas mayores (al comienzo, a partir de los 65 años en hogares unipersonales y mayores de 75 años en hogares con pareja sola, y luego para mayores de 65 años en la segunda), y de la autopercepción de dependencia para personas con discapacidad, en lugar de utilizar el nivel de dependencia que identifica el baremo. Esto se debe a que, al ser una prestación con bajos costos per cápita, la identificación del nivel de dependencia tendría costos relativamente mayores además de que se considera que sus funcionalidades serían de gran utilidad también para personas autoválidas. Se propone entonces que acceda quien lo solicite siempre que cumpla con los requisitos de edad o de presencia de una discapacidad[5].

Cuidados fuera del hogar

Entre las prestaciones de cuidados fuera del hogar, se proponen: centros CAIF, jardines públicos, centros de cuidados para la primera infancia en empresas privadas, bonos para atención en centros privados (tanto en centros de educación para la primera infancia como en hogares de larga estadía para las personas mayores y con discapacidad en situación de dependencia), centros diurnos y viviendas tuteladas.

Centros de Atención a la Infancia y la Familia[6]

En este apartado se hace referencia a la oferta de servicios

4. Se deberá prestar especial atención al establecimiento de copagos, dado que la presente propuesta plantea el pago de parte del servicio por parte del beneficiario y la prestación que brinda actualmente el BPS no lo hace. Asimismo, se deberá prestar atención a la salud mental.
5. En este último caso, se exigirá que se registre en el Registro de Personas con Discapacidad de la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad.
6. Como se destaca en el capítulo 7, "Regulación e Institucionalidad", todos los centros de cuidado y educativos para la infancia deberán avanzar en la inclusión de niñas y niños con discapacidad.

para niñas y niños de entre 0 y 2 años. Se plantea desde el punto de vista de la transformación del modelo de CAIF actual hacia la cobertura que se desea llegar. Sin embargo, se deberá considerar la compatibilización y homogenización de los demás servicios que existen hoy dirigidos a la primera infancia, tales como los centros diurnos del INAU o el programa Nuestros Niños de la Intendencia de Montevideo.

Los CAIF funcionan actualmente en dos modalidades: atención diaria a niños de 2 y 3 años y Experiencias Oportunas para familias con niños y niñas de 0 a 24 meses[7]. Las Experiencias Oportunas, como ya fue planteado, no son consideradas como prestaciones de cuidado, ya que tiene una carga horaria de 2 horas semanales y se debe asistir con una persona adulta responsable. La propuesta, entonces, se basa en la extensión de la cobertura de estos centros en su modalidad de atención diaria, tanto en edades como en extensión horaria[8].

En un SNC universal, se pretende alcanzar a toda la población de 1 y 2 años con atención en modalidad diaria, ofreciendo 40 horas o 20 horas semanales, a elección de la familia. Deben realizarse dos puntualizaciones: en primer lugar, se asume que parte de las familias con niños o niñas de 1 año no optarán por servicios fuera del hogar, por lo que se ofrecen servicios de cuidado domiciliario; en segundo lugar, como se verá más adelante, se prevé que los niños y niñas de 3 años serán atendidos por el CEIP de la ANEP, por lo que CAIF retiraría paulatinamente su atención.

En los primeros pasos se propone cubrir a todos los niños y niñas de 1 año del primer quintil de ingresos y avanzar hacia la universalización del servicio en 2 años, teniendo en cuenta que siempre existirá una proporción de la población que optará por servicios privados. Asimismo, en la medida en que la universalización de la atención de niños de 3 años en el CEIP (ANEP) puede llevar un tiempo, se plantea que en la primera etapa de implementación se mantengan los cupos de 3 años que actualmente ya tiene CAIF (es decir, no se extenderán los cupos pero tampoco se eliminarán hasta que el CEIP aumente sus instalaciones para cubrir a los niños y niñas de 3 años).

Por otro lado, se propone un servicio de salas cuna para bebés de 45 días a 12 meses cuyos padres no participan del mercado formal de trabajo, dado que no estarían cubiertos por las licencias. En la primera etapa se establece un plan piloto con focalización territorial, para luego ampliarlo en función de la demanda.

Respecto a las modalidades de 20 o 40 horas semanales, se plantea comenzar estableciendo al menos un grupo de 40 horas por cada nivel en todos los centros CAIF y que puedan acceder quienes soliciten esta modalidad. Luego, se extenderá el servicio de 40 horas de modo de cubrir al menos al 75% de los cupos ofrecidos.

Por último, se puede considerar el establecimiento de un copago que cubra aproximadamente el 25% del costo del servicio, asignado en consideración de la capacidad de pago de las familias. Un elemento central para la implementación del mismo es separar el prestador (CAIF) de la institución encargada de la identificación de quiénes deben pagar y de la recaudación, para evitar posibles diferencias en los criterios de identificación que puedan tener los centros y hacerlo lo más homogéneo posible. Igual de importante es establecer un mecanismo sencillo para la identificación de quién debe pagar: se propone la utilización del Índice de Carencias Críticas, por ser una herramienta con gran difusión territorial y ampliamente testeada[9].

En cuanto a los copagos, se plantea que les corresponderá pagarlo a las familias para las cuales los ingresos de los padres sean superiores a $ 30.000 mensuales, lo que equivale aproximadamente a los hogares de los quintiles 3, 4 y 5, y a un costo bajo.

Centros de atención a primera infancia en empresas

En la misma línea que los centros recién mencionados y como estrategia de localización, se busca promover la instalación de centros de atención a primera infancia en empresas para la atención de hijos e hijas de las y los trabajadores y también de niñas y niños de la zona, de modo de promover la inclusión empresa-barrio. Un antecedente directo es el convenio recientemente firmado entre INAU-CAIF y el MTSS, en el cual se proponen distintas modalidades de atención para estos centros en empresas. El objetivo de dicho acuerdo es ampliar la cobertura de CAIF tanto en lo que refiere a la distribución geográfica como la mejor adaptación a las necesidades de las familias.

ANEP-CEIP

Se propone la universalización de la atención a niños de 3

7. Existen experiencias piloto de atención diaria para niños de 1 año.
8. Si bien las Experiencias Oportunas no son objetivo de esta publicación por no tratarse de cuidados, se debe tener en cuenta que extender la cobertura diaria en la población que hoy cuenta este programa tendrá impactos. En el marco de la Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia (ENIA), se deberá tener en cuenta el diálogo entre estas dos modalidades que existen hoy en día y las poblaciones a las que se dirigen.
9. Se recomienda que el umbral utilizado para identificar si la familia debe pagar sea superior al utilizado para el otorgamiento de la AFAM, de modo de que no se asocien directamente. Las evaluaciones de AFAM (Bérgolo, Dean, Perazzo y Vigorito, 2013) mostraron que estas no tienen un impacto en la participación laboral de quien las recibe, pero sí en su formalización. Si el umbral para el copago fuera el mismo que el de la AFAM, el copago operaría como un aumento del monto de la transferencia para los hogares con niños de entre 1 y 3 años y por lo tanto podría profundizar los resultados negativos observados.

años por parte del CEIP de la ANEP, en el entendido de que la educación formal comienza a esa edad[10]. Se propone en un horizonte temporal de 10 años a partir de la implementación del SNC (2015-2025) y con las mismas características en términos de extensión horaria que tiene el resto de los servicios de Educación Inicial de CEIP.

Respecto a la implementación, debe discutirse si la inclusión de grupos de 3 años implica la creación de nuevos jardines o pueden incorporarse en las escuelas existentes. Además, se deberá trabajar en la compatibilización o armonización del pasaje entre el servicio ofrecido para niñas y niños de 2 años, y las y los de 3 años, fundamentalmente en las opciones de horario ofrecidas para que las familias puedan elegir entre 4 y 8 horas diarias.

Se entiende que los servicios educativos trascienden el cuidado pero claramente lo solucionan. Por ello, si bien se incluye este servicio en la propuesta del SNC, debe aclararse que el presupuesto que implica la puesta a punto de esta política no se considerará en el rubro de cuidados.

Bonos para centros de educación infantil privados

Esta prestación refiere al CISEPI, implementado a partir del año 2013 (ver Capítulo 2: "Diagnóstico"). Se propone la posibilidad de brindar bonos a niños y niñas de 0 a 3 pertenecientes al 5% de hogares más pobres de la sociedad[11] para asistir a centros de educación infantil privados autorizados por el MEC. La posibilidad de asistir a centros privados es únicamente en aquellos casos de difícil acceso a la oferta pública en la zona de residencia o de necesidad de una flexibilidad horaria que los servicios públicos no ofrezcan. En todos los casos, esta prestación está asociada a la derivación por parte de programas sociales que trabajen previamente con la familia e identifiquen la necesidad de este servicio.

Debe tenerse en cuenta que estos servicios se mantendrán siempre subsidiarios a los universales y focalizados en hogares en situación de vulnerabilidad siempre y cuando sean necesarios. Se debe resaltar que no se está planteando que el programa deba definirse como transitorio ni tampoco permanente, sino que quedará como una herramienta sujeta a las necesidades. Continuará en los casos donde se deba cubrir las fallas o eventualidades que puedan surgir de la expansión universal de centros públicos, causando que el ingreso a servicios públicos de cierta población que se considera de gran importancia que asista a algún centro se vea restringida por alguna razón. Se deben ajustar a las necesidades que se planteen en cada momento del tiempo y por lo tanto sus poblaciones objetivo presentadas son solo aproximadas, ya que dependerán de las necesidades de la sociedad y del ciclo económico.

Bonos para hogares de larga estadía

De la misma manera que los bonos para primera infancia, esta prestación da continuidad al programa implementado a partir de 2014 por el MIDES referenciado como "Inclusión en Cuidados" (ver Capítulo 2). Brinda una transferencia económica para cubrir cupos en hogares de larga estadía privados, que permitan utilizarse para resolver situaciones con una alta complejidad socioeconómica y de dependencia. La población objetivo en los primeros pasos de implementación serán personas mayores de 65 años que están en hogares de larga estadía que tienen ya establecido el cierre o clausura, facilitando el traspaso de las personas mayores a hogares de larga estadía que cumplan con las condiciones sanitarias mínimas establecidas[12]. Por otro lado, se contemplan las personas mayores de 65 años con dependencia que se encuentran en situación de calle, o viven solas en viviendas ruinosas o en refugios nocturnos. El funcionamiento del programa es similar al programa de cupos cama del BPS.

En una segunda etapa de implementación, se prevé la ampliación de esta transferencia para hogares de larga estadía enfocados a personas con discapacidad[13].

Centros diurnos

Esta prestación brinda una solución institucional de cuidado en un horario que permita a los y las cuidadoras principales disponer de tiempo para otras tareas. Responde a necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas en situación de dependencia.

Se propone la creación de centros diurnos para personas mayores y con discapacidad en situación de dependencia. En ambos casos, la gestión del servicio es descentralizada en los municipios y/o en la sociedad civil organizada. El SNC transferirá una partida mensual de modo de financiar al equipo técnico a cargo del cuidado (cuidadores/as,

10. La Ley General de Educación, N° 18.437, establece que la educación formal comienza a los 3 años de edad. Según ella, el primer nivel de la educación formal, la Educación Inicial, comprende los 3, 4 y 5 años de edad. La ANEP se identifica como el órgano rector y principal ejecutor de la educación formal.
11. Estudios previos realizados por el MIDES identifican que los hogares del primer ventil de ingresos presentan condiciones de privación importantes, diferenciándose del resto de la sociedad: son más numerosos, los ocupados presentan menores tasas de aportes a la seguridad social y mayores índices de subempleo, el nivel educativo es sensiblemente menor y las condiciones de la vivienda son muy precarias (MIDES, 2013).
12. Para el buen funcionamiento de la política de bonos para personas mayores será clave el acompañamiento de políticas de acondicionamiento y apoyo a los hogares de larga estadía, para que puedan brindar los servicios de manera aceptable. Este tipo de apoyo no se incorpora en este documento por no tratarse estrictamente de una política de cuidado, sino de vivienda.
13. En la actualidad prácticamente no existen hogares de larga estadía que sean exclusivamente para personas con discapacidad. Por ello, esta prestación debe venir acompañada de la promoción a la creación de estos servicios por parte del sector privado y de la sociedad civil organizada. De todos modos, la propia creación de esta prestación ya operaría como un incentivo a la oferta.

talleristas, psicólogo/a y trabajador/a social) y una partida adicional y única para acondicionar el espacio con el que se cuente.

En una primera etapa, se propone un centro por municipio para personas mayores, es decir unos 100 centros aproximadamente. Luego, se expandirían a un total de 200 centros diurnos para personas mayores y 100 para personas con discapacidad en situación de dependencia.

Hogares de larga estadía regionales

Se plantea la incorporación de 2 centros regionales de larga estadía públicos. Serán en el interior del país y para 50 usuarios cada uno, similares a la red de hogares de ASSE actual (ver Sección 1.1, Personas mayores). Se propone que puedan utilizar este servicio las personas mayores con dependencia severa y en situación de vulnerabilidad social. Ambos centros se construirán en los primeros años de funcionamiento del SNC.

Viviendas tuteladas

Las viviendas tuteladas son servicios de asistencia para personas mayores y personas con discapacidad en situación de dependencia que tienen algún grado de autonomía. Estas

Cuadro 25. Esquema de servicios propuestos por población objetivo y horizonte temporal

Primera infancia			
Prestaciones/programas	Edad	2015 a 2020	2025 en adelante (universal)
Licencias maternales / paternales / cuidados	0	Unificación del régimen de licencias; extensión de licencia maternal a 18 semanas; medio horario de labor para padre o madre hasta 9 meses del niño o niña a partir del fin de licencia por maternidad, si el padre hace uso de esta prestación por un mínimo de 4 semanas.	Extensión de licencia paternal a 15 días; medio horario de labor para padre o madre hasta 9 meses del niño o niña a partir del fin de licencia por maternidad. Si el padre hace uso de esta prestación por un mínimo de 9 semanas se extiende el medio horario hasta los 12 meses del niño o niña.
Cuidados domiciliarios	0		20 horas semanales, 4 meses en adelante para cubrir el medio horario de licencia
	1		20 horas semanales, para quienes no asisten a CAIF
Bonos	0 a 3	Complemento (asociado a programas sociales), primer ventil de ingresos	Complemento (asociado a programas sociales), primer ventil de ingresos
CAIF (incluye centros en empresas)	0	Plan piloto de salas cuna, 20 horas semanales. Focalización territorial	Quienes no están inscriptos en el mercado formal de trabajo, 20 horas semanales
	1	Quintil 1. Al menos un grupo de 40 horas semanales por cada centro y el resto de 20 horas semanales	80% del total de niños; de ese porcentaje, 75% asiste 40 horas semanales y 25% 20 horas semanales
	2	Avanzar hacia la universalización; al menos un grupo de 40 horas semanales por cada centro y el resto de 20 horas semanales	Universalización completa. 75% asiste 40 horas semanales y 25% 20 horas semanales
	3	Mantiene cobertura actual	
ANEP-CEIP	3	Cubre a quienes faltan, sin considerar los que actualmente van a CAIF	Completa universalización
Personas mayores			
Prestaciones/programas		2015 a 2020	2025 en adelante (universal)
Cuidados domiciliarios		Severos, 15 horas semanales	Dependencia severa, 30 horas semanales
Teleasistencia		Todos los mayores de 65 en hogares unipersonales y mayores de 75 en hogares pareja sola, que soliciten en servicio	Todos los mayores de 65 que soliciten en servicio
Viviendas tuteladas			Viviendas de BPS (actuales y futuras)
Bonos hogares de larga estadía		Asociado a regulación (500 cupos)	Asociado a regulación (500 cupos)
Centros diurnos		Un centro diurno por municipio para moderados y leves (100 centros, aprox.)	200 centros
Hogares de larga estadía		Depencia severa, 2 centros regionales (100 personas)	
Personas con discapacidad			
Prestaciones/programas		2015 a 2020	2025 en adelante (universal)
Cuidados domiciliarios		Dependencia severa, 7.000 personas, 20 horas semanales	Dependencia severa, 30 horas semanales
Teleasistencia		100% de dependencia moderada que soliciten el servicio	Dependencia leve y moderada que soliciten el servicio
Viviendas tuteladas			Dependencia moderada y leve (20%)
Hogares de larga estadía			Dependencia severa y moderada (20%)
Centros diurnos			100 centros

viviendas brindan los apoyos necesarios para conseguir un adecuado funcionamiento personal, habitualmente en grupos de personas.

La prestación, que se propone enteramente para la segunda etapa de implementación del SNC, constaría de una transferencia mensual a la organización de la Vivienda que cubra el costo de un cuidador por 30 horas semanales por cada 6 personas en situación de dependencia. En el caso de personas mayores se propone implementar esta prestación en las viviendas sociales del BPS y para personas con discapacidad se deberá fomentar a los propios usuarios a que creen las viviendas.

Cuadro 26. Incorporación de usuarios por etapa, subpoblación y prestación

Población	Política	Cantidad de beneficiarios totales a 2015	Cantidad de beneficiarios incremental período 2015-2020	Cantidad de beneficiarios totales a 2020	Cantidad de beneficiarios incremental período 2020-2025	Cantidad de beneficiarios totales a 2025
Primera infancia	Licencias	-			-	
	Bonos- 0 a 2 años	500	1.500	2.000	-	2.000
	Cuidados domiciliarios (20 horas)	-	-	-	26.700	26.700
	CAIF – salas cuna (45 días a 11 meses)	-	400	400	2.600	3.000
	CAIF - diaria 1 año - 20 horas	-	10.000	10.000	16.750	26.750
	CAIF - diaria 1 año - 40 horas					
	CAIF - diaria 2 años - 20 horas	12.700	17.300	30.000	3.500	33.500
	CAIF - diaria 2 años - 40 horas					
	CAIF - diaria 3 años - 20 horas	12.000	-	12.000	(12.000)	-
	CAIF - diaria 3 años - 40 horas					
	Total CAIF (sin EO)	24.700	27.700	52.400	10.850	63.250
	ANEP-CEIP	8.000	15.500	23.500	10.200	33.700
	TOTAL	33.200	44.700	77.900	47.750	125.650
Adultos mayores	Cuidados domiciliarios (15 horas)	-	22.000	22.000	(22.000)	-
	Cuidados domiciliarios (30 horas)	-	-	-	28.000	28.000
	Total cuidados domiciliarios	-	22.000	22.000	6.000	28.000
	Teleasistencia	-	90.000	90.000	60.000	150.000
	Viviendas tuteladas	-	-	-	6.000	6.000
	Bonos en HLE privados	-	500	500	-	500
	HLE públicos	900	100	1.000	-	1.000
	Centros diurnos	-	5.000	5.000	5.000	10.000
	TOTAL	900	117.600	118.500	77.000	195.500
Discapacidad	Cuidados domiciliarios (20 horas)	2.500	4.500	7.000	(7.000)	-
	Cuidados domiciliarios (30 horas)	-	-	-	11.000	11.000
	Total cuidados domiciliarios	2.500	4.500	7.000	4.000	11.000
	Teleasistencia	-	32.500	32.500	7.500	40.000
	Viviendas tuteladas	-	-	-	3.000	3.000
	Bonos HLE	-	-	-	3.000	3.000
	Colonias	1.000	-	1.000	-	1.000
	Centros diurnos	-	-	-	5.000	5.000
	TOTAL	3.500	37.000	40.500	22.500	63.000
TOTAL		**36.700**	**199.300**	**236.900**	**147.250**	**384.150**

Fuente: DNPS.

A modo de resumen, el cuadro 26 permite comparar y visualizar el proceso que seguirá cada política en cada etapa planteada de desarrollo del SNC según su cantidad aproximada de beneficiarios (Cuadro 26).

Necesidades de inversión en infraestructura y recursos humanos

Infraestructura

Algunas de las propuestas mencionadas hasta el momento necesitan de una inversión previa para estar en condiciones de cubrir a la cantidad usuarios que se propone el SNC. Se trata de prestaciones y servicios que requieren una suma de dinero mayor en los primeros meses o años para construir, comprar, o acondicionar instalaciones o bienes que serán durables en el tiempo. Este es el caso de los centros CAIF, jardines de ANEP-CEIP, centros diurnos, hogares de larga estadía y teleasistencia.

Para los jardines de ANEP-CEIP se realiza la misma consideración que al momento de estimar los costos de funcionamiento de las políticas: si bien se mencionan porque se debe tener en cuenta, al pasar a depender de ANEP-CEIP el presupuesto asignado ya no sería de cuidado, sino de educación.

Centros CAIF

En los primeros pasos del SNC se propone incorporar 27.300 niños y niñas de 1 y 2 años a los centros CAIF. Luego, en el período 2020-2025 se estiman unos 20.250 nuevos cupos de 1 y 2 años, pero se liberarán los aproximadamente 12.000 cupos que existen hoy en niños y niñas de 3 años de edad debido a la transición a la universalización la cobertura de ANEP. Por lo tanto, la propuesta general incluye la incorporación de nuevos cupos, así como una reestructura de los centros actuales. Mientras que hoy los CAIF atienden a niños y niñas de 2 y 3 años en formato diario, se propone que pasen a atender a los niños y las niñas de 1 y 2 años, y ya no a quienes tienen 3 años. Además, dejarían de estar focalizados en la población de menores ingresos, apuntando a la universalización en el acceso. Esto no solo conlleva aumentar en gran medida las instalaciones, sino hacerlo teniendo en cuenta estos aspectos, la acorde distribución en el territorio y el cambio cultural sobre el pensamiento de lo que los centros CAIF ofrecen y a quiénes apuntan.

Los nuevos centros que se construyan se harán teniendo en cuenta estas consideraciones, y a efectos de la estimación se plantea que serán centros que puedan atender a 7 grupos de 1 y 2 años cada uno: 6 grupos de 20 horas (3 salas), y 1 grupo de 40 horas (1 sala). Esta estructura requeriría instalaciones similares a los centros Tipo IV, de los actuales.

En resumen, deberán cubrirse 27.300 cupos nuevos al año 2020, en centros capaces de atender a 7 grupos de 12 niños y niñas cada uno, por lo que se estima que será necesario adquirir 325 centros. Siguiendo el mismo criterio, al año 2025 deberán construirse 100 centros más para cubrir el incremental de 8.250 niños y niñas de 1 y 2 años, y readaptar los centros ya existentes para estas nuevas cohortes de edad.

Jardines de ANEP-CEIP

La universalización de los jardines de ANEP-CEIP para la atención de niños y niñas de 3 años implica una gran ampliación de las instalaciones. Esto puede ser tanto incorporando nuevas salas en escuelas ya existentes, como construyendo nuevos jardines separados de las escuelas que cubran a los de 3, 4 y 5 años. Actualmente hay aproximadamente 850 escuelas urbanas y jardines. Si suponemos que se deben agregar 25.700 cupos entre los 10 años estipulados para alcanzar la universalización, se deberán incorporar 2 salas por cada escuela urbana o jardín existente.

Centros diurnos

Como fue mencionado en la sección 2.2, los centros diurnos se gestionarán a nivel municipal o de la sociedad civil, y el SNC se integrará institucionalmente con la función de realizar las transferencias monetarias que financiarán el equipo técnico. En una primera instancia, se deberá realizar una inversión para el reacondicionamiento de los centros que serán utilizados para estos servicios, previendo una transferencia de una única vez desde el sistema.

Hogares de larga estadía regionales

La incorporación de 2 hogares públicos de larga estadía implica la construcción o adquisición de la infraestructura adecuada

Teleasistencia

Para la prestación de teleasistencia se identifican dos áreas de potencial inversión: por un lado, los dispositivos domiciliarios que se les darán a los usuarios y, por otro, la infraestructura y equipamiento tecnológico necesarios para el funcionamiento del centro de atención y gestión. Sobre el segundo punto se supone que el BPS ya tiene los recursos para afrontarlo (Gómez y Andrade Carreño, 2010), por lo cual no se incluye en la estimación de costeo de inversión.

En la primera etapa de difusión de la prestación, se estima alcanzar 122.500 usuarios (tanto personas con discapacidad como personas mayores). Finalmente, a 2025, se agregarían 67.500 nuevos usuarios. Debe tenerse en cuenta que al ser un servicio que se ofrecerá a quien lo pida con requisitos muy bajos, la estimación de usuarios puede tener un gran margen de error.

Se plantean dos posibles financiamientos. Por un lado, podría caber la posibilidad de que los dispositivos sean su-

ministrados por ANTEL. En segundo lugar, se podría considerar que cada usuario financie el costo del dispositivo, siendo entonces similar a un copago pero como un aporte único al comienzo de la prestación, y luego el costo de funcionamiento sería asumido por el fondo del SNC.

Requerimiento de recursos humanos y formación

Recursos humanos necesarios

Las políticas de cuidado son, por sí mismas, muy intensas en recursos humanos. Por lo tanto, el amplio abanico de

Cuadro 27. Nuevos cuidadores/as necesarios para el SNC

	Usuarios				Cuidadores/as	
	Total de usuarios incrementales 2020	Total de usuarios incrementales 2025	Relación usuario-cuidador	Turnos de un cuidador	Total cuidadores incrementales 2020	Total cuidadores incrementales 2025
Primera infancia						
Licencias			0		0	0
Cuidados domiciliarios (20 horas)		26.700	1	2	0	13.350
Centros públicos						
CAIF, salas cuna	400	2.600	5	2	40	260
CAIF, 1 año	10.000	16.750	5	1,5	1.333	2.233
CAIF, 2 años	17.300	3.500	12	1,5	961	194
CAIF, 3 años		-12.000	12	1,5		-667
ANEP-CEIP	15.500	10.200	15	1,5	689	453
Centros privados						
1 año			5	1,5	0	0
2 años			7	1,5	0	0
3 años			15	1,5	0	0
Bonos en centros privados	1.500	0	7	1,5	143	0
Total					3.166	15.824
Primera infancia					18.991	
Personas. mayores						
Cuidados domiciliarios (15 horas)	22.000	-22.000	1	3	7.333	-7.333
Cuidados domiciliarios (30 horas)	0	28.000	1	1	0	28.000
Teleasistencia	90.000	60.000	400	1	225	150
Viviendas tuteladas	0	6.000	6	1	0	1.000
Centros diurnos	5.000	5.000	12	1	417	417
Bonos HLE	500	0	7	1	71	0
HLE regionales	100	0	4	1	25	0
Total					8.071	22.233
Adultos mayores					30.305	
Personas con discapacidad						
Cuidados domiciliarios (20 horas)	4.500	-7.000	1	2	2.250	-3.500
Cuidados domiciliarios (30 horas)	0	11.000	1	1	0	11.000
Teleasistencia	32.500	7.500	400	1	81	19
Viviendas tuteladas	0	3.000	6	1	0	500
Centros diurnos	0	5.000	12	1	0	417
Bonos HLE	0	3.000	7	1	0	429
Total					2.331	8.864
Personas con Discapacidad					11.195	
TOTAL					**13.569**	**46.922**
					60.491	

Fuente: DNPS.

políticas propuestas dentro del SNC implica requerir de muchos trabajadores y trabajadoras remuneradas para cubrir a todas las personas beneficiarias de las prestaciones, y por sobre todo, que tengan la formación adecuada para poder brindar cuidados de calidad.

Siguiendo a Aguirre (2013), quienes trabajan en el sector cuidados se dividen en tres grupos: trabajadores directos, trabajadores que realizan la gestión y supervisión, y trabajadores que forman a los trabajadores directos.

Trabajadores directos

El primer grupo es el de mayor dimensión. Está compuesto principalmente por quienes realizan las tareas de cuidado propiamente dichas, pero también por los psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas y otros profesionales que realizan tareas especializadas con los usuarios. En el caso del servicio de teleasistencia, se consideran trabajadores directos a los operarios que estarán atendiendo las llamadas.

En el Cuadro 27 se detalla la cantidad de puestos de trabajo para cuidadores y cuidadoras que se deben generar en el marco del SNC. El 30% corresponde a los servicios dirigidos a la primera infancia, el 50% a las personas mayores y el 20% a las personas con discapacidad. Además, debe destacarse que en las tres poblaciones, el servicio que mayor proporción de cuidadores requiere es el de cuidados domiciliarios, ya que se necesita de un cuidador para cada usuario.

La cantidad de puestos de trabajo a generar se calcula a partir de la cantidad de usuarios incrementales para cada política, teniendo en cuenta cuántos usuarios se calculan por cada cuidador/a según cada reglamentación, y la cantidad de turnos que puede hacer un trabajador por día (se toma como máximo 45 horas semanales)[14]. En cuanto a los centros privados de atención a la primera infancia, se los incluye en el cuadro ya que forman parte de la oferta de servicios de cuidado y, por ende, quienes trabajan allí son cuidadores y cuidadoras que deberán estar formados para sus tareas. Sin embargo, se hace el supuesto de que la cantidad será constante, es decir, no aumentará ni disminuirá la cantidad de niños y niñas que asistan a centros privados, y, estando ya la gran mayoría regulados y autorizados, quienes trabajan ahí ya tienen la formación adecuada.

Por otro lado, no se presentan estimaciones sobre la cantidad de profesionales y técnicos que realizan tareas especializadas para las personas en situación de dependencia, ya que se supone que la oferta actual de estos trabajadores será suficiente y no se deberán realizar esfuerzos extra en formación en estos rubros.

En resumen, se estima que se deberán generar aproximadamente 60.000 nuevos puestos de trabajo para cuidadores y cuidadoras. En cuanto a la formación, se estima que se deberán ofrecer opciones de formación en cuidados para estas 60.000 personas, además de un aproximado de 4.000 trabajadores y trabajadoras que trabajen en los hogares de larga estadía o empresas de acompañantes del sector privado.

Trabajadores que realizan la gestión y supervisión, y formación de cuidadores/as

El SNC deberá contar con un equipo fuerte encargado de la gestión, seguimiento y regulación de las políticas. Además, cada servicio o prestación tiene una gestión propia para llevarse a cabo, y requerirán de más o menos trabajadores y trabajadoras para estas tareas según la política. Por su parte, las personas que cuiden deberán acceder a una formación específica para sus tareas. Sin embargo, de la misma manera que fue planteado para los profesionales y técnicos que trabajan directamente con los usuarios, se supone que quienes trabajen en gestión y supervisión así como estando a cargo de los cursos, también requieren una formación, que ya está disponible, y se podrán cubrir los puestos de trabajo con la oferta de trabajo actual.

Oferta de formación y acreditación de saberes

Para garantizar que los trabajadores brinden los servicios de cuidado con los estándares de calidad adecuados, deberán tener la posibilidad de acceder a cursos de formación dirigidos especialmente a sus tareas y perfil laboral. La oferta de formación se desarrolla en el capítulo 4.

14. En las políticas donde hay opción entre 20 horas y 40 horas semanales, se calculó 1,5 turno por cuidador, es decir, suponiendo una distribución similar entre el servicio de 20 horas y el de 40 horas semanales.

Principales elementos del capítulo

El SNC propone las siguientes prestaciones:

- Dentro del hogar: extensión de licencias maternales, paternales y de cuidado, cuidados domiciliarios y teleasistencia.
- Fuera del hogar: centros CAIF (incluyen centros en establecimientos educativos y centros en empresas), jardines públicos, bonos para la primera infancia, bonos para hogares de larga estadía, centros diurnos y viviendas tuteladas.

El SNC requiere invertir en infraestructura:

- Primera etapa: 27.300 cupos nuevos en centros CAIF (equivale a 325 centros), 15.500 cupos en ANEP, inversión en reacondicionamiento de centros diurnos, 122.500 dispositivos de teleasistencia.
- Segunda etapa: 10.850 cupos nuevos en centros CAIF (equivale a 100 centros), 10.200 cupos en ANEP, inversión en reacondicionamiento de centros diurnos, 67.500 dispositivos de teleasistencia.

El SNC requiere disponibilidad de cuidadoras y cuidadores, así como invertir en la formación adecuada:

- Primera etapa: 3.000 cuidadores/as en primera infancia, 8.000 cuidadores/as para personas mayores, 2.300 cuidadores/as para personas con discapacidad.
- Segunda etapa: 15.800 cuidadores/as en primera infancia, 22.000 cuidadores/as para personas mayores, 8.800 cuidadores/as para personas con discapacidad.

CAPÍTULO 6

Alternativas para financiar los cuidados

Introducción

Las características de las prestaciones y la cantidad de potenciales beneficiarios del SNC propuesto llevan a que se requiera de una gran movilización de recursos para la implementación de las políticas propuestas. El objetivo de este capítulo es el de ilustrar posibles caminos a seguir en cuanto al financiamiento del SNC.

Se debe considerar un conjunto de condicionantes que otorgan un marco al diseño de un modelo de financiamiento. El documento *Hacia un modelo solidario de cuidados*, aprobado por el Gabinete Social en el 2012, plantea que el modelo de financiamiento será a través de un fondo *"único, financiando los servicios asociados a las poblaciones objetivo del sistema sin ninguna distinción. Así se aporta a la visión sistémica y solidaria del SNC"* (Gabinete Social, 2012: 43). Esto implica que el modelo puede tener varias fuentes, pero que deben converger a un mismo fondo que permita el financiamiento de las prestaciones de cuidados para primera infancia, personas mayores, personas con discapacidad y personas que cuidan en su conjunto. Además, al pensar el financiamiento no se puede obviar que la implementación del SNC implica una gran movilización de recursos, tanto monetarios como humanos, y también la redistribución de recursos existentes entre instituciones estatales, así como nuevas rectorías en términos de administración y gestión.

Las características diferenciales de las prestaciones por subpoblaciones implican que el modelo debe ser lo suficientemente flexible como para abarcar todas las posibilidades. En especial, se plantea una diferencia sustancial en cuanto a la duración promedio de la prestación: los niños y niñas permanecerían en el SNC por un máximo de 4 años, mientras para las personas mayores las prestaciones pueden extenderse por una mayor cantidad de años y las personas con discapacidad pueden requerir de apoyo de por vida.

Un desafío adicional se puede observar desde la economía política. Podría esperarse que la sociedad uruguaya, debido a la tradición de sus políticas públicas, respaldara modelos no contributivos de corte universal para la atención a la primera infancia, en base a la matriz de las políticas dirigidas a esta población, en especial las educativas. Sin embargo, para personas mayores, las principales políticas (jubilaciones y pensiones) son de base contributiva con un componente no contributivo subsidiario y focalizado en situaciones de vulnerabilidad. Una implicancia de ello es que se debería hacer un fuerte trabajo de compatibilización de los dos modelos de modo que la propuesta sea aceptada por la gran mayoría de la población.

El capítulo sigue de la siguiente manera: en la primera sección se dimensiona el volumen de recursos a considerar, en la segunda se propone una síntesis de antecedentes encontrados, y en la tercera se presenta el diseño de un conjunto de alternativas para el financiamiento de un SNC.

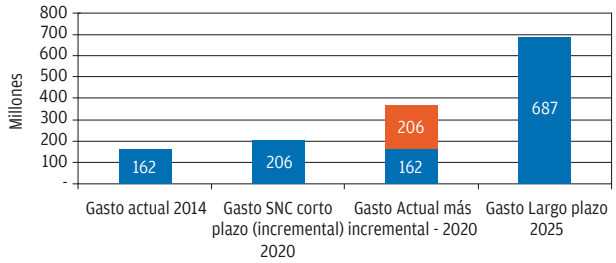
El gasto en cuidados

Considerar las políticas de cuidados como un sistema implica conocer el esfuerzo en términos de recursos que el SNC debería afrontar en caso de desarrollarse como se prevé.

El Gráfico 9 presenta el gasto actual en cuidados[1], el costo incremental de la primera etapa de implementación y el total de esta etapa (sumado al gasto actual) y los costos totales de la segunda etapa (implementación completa del SNC)[2]. Se debe aclarar que en todos los casos, los costos presentados toman en cuenta la existencia de copagos en las prestaciones donde así se propone[3].

1. Los programas y prestaciones asociados al cuidado de personas costeados son los aprobados por el GT en el año 2012. Para la primera infancia se costearon: centros CAIF, centros y hogares del INAU, Programa Nuestros niños, jardines públicos del CEIP-ANEP, licencias laborales. Para personas mayores: cupos de BPS en HLE, Centro Piñeyro del Campo, hogares de ASSE, Hogar de Pando, casas asistidas. Para personas con discapacidad: colonias, centros de rehabilitación de salud mental, Cotolengo Don Orione.
2. Los valores totales se presentan a precios y tipo de cambio de abril de 2014.
3 Los valores de los costos totales presentados en la presente sección toman en cuenta los copagos comentados en el capítulo 5 (es decir, ya están restados).

Gráfico 9. Gasto anual en cuidados (en millones US$)



Fuente: DNPS.

El gasto de funcionamiento estimado para 2025 (etapa II) es aproximadamente 4 veces el gasto actual en cuidados. El gasto a 2020 (luego de implementada la etapa I) es más del 50% del gasto en cuidados en el largo plazo.

Una vez que esté en marcha el fondo propuesto por el SNC que financie todas las prestaciones de cuidados y la universalización de los servicios, se supone habrá cambios tanto dentro del gasto público como en el traspaso entre gasto público y privado. Por un lado, se buscan nuevas fuentes de financiamiento que cubran el total, pero a su vez los fondos que están destinados a los servicios de cuidado actualmente serán liberados, generando un "ahorro" público. Por otro lado, las familias sustituirán la contratación de servicios de cuidado en el sector privado por ser beneficiarios en el sector público, implicando también una reasignación del gasto.

Para dar cuenta de la dimensión del costo del SNC, en el Cuadro 28 se presentan indicadores que permiten comparar el gasto en políticas de cuidado respecto a otros gastos realizados en políticas sociales, para luego poder contrastarlo con otras experiencias internacionales. En concreto, se observan los costos estimados en relación al PIB. El porcentaje del PIB[4] destinado a políticas de cuidado pasaría de un 0,30% (gasto actual) a un 1% luego de la etapa II (proyectado al 2025[5]). En relación a las experiencias internacionales, vale la pena observar que el gasto sería similar o inferior al porcentaje alcanzado por países que ya han implementado políticas de cuidados[6], e incluso con la diferencia de que el porcentaje para estos países no toma en cuenta las prestaciones para primera infancia.

Cuadro 28. Gasto en cuidados en relación al PIB (2014)

Indicador	%
Gasto actual/PIB 2014	0,30
Gasto total Etapa I /PIB 2020	0,59
Gasto Etapa II/PIB 2025	1,00

Fuente: DNPS.

El sistema de financiamiento que se adopte, además de respetar los lineamientos básicos del SNC, tendrá que ser capaz de afrontar los costos derivados de su funcionamiento al estar completamente instalado. En otras palabras, el diseño de este sistema de financiamiento, si bien comienza financiando menos prestaciones, deberá tener en cuenta los costos que aumentarán progresivamente y también deberán cubrirse con el mismo fondo. En la siguiente sección se establecen posibles alternativas que respetan esta premisa.

Antecedentes

A continuación se presenta una revisión de antecedentes de financiamiento de políticas públicas. Actualmente no existen fondos con iguales características y que integren todas las poblaciones que apunta atender el caso uruguayo. Es por esto que se ha debido recolectar ejemplos de políticas que atiendan tanto a primera infancia por un lado, como a la dependencia de personas mayores y personas con discapacidad por otro.

En primer lugar, se analizan los antecedentes nacionales, que no corresponden a políticas de cuidado. Se presentan los fondos existentes en términos generales y se desarrollan algunos ejemplos con mayor detalle ya que son antecedentes directos para el financiamiento del SNC. En segundo lugar, se realiza una recorrida internacional por políticas de cuidado y de atención a la dependencia y la forma en las que han sido financiadas.

Financiamiento por fondos en Uruguay

En Uruguay es posible diferenciar 3 tipos de fondos:

- **Fondos de cobertura**: son los destinados a solventar la prestación de un servicio. Los beneficiarios no obtienen dinero sino acceso al servicio financiado. Ejemplos: Fondo de Capacitación (sector construcción), Fondo de Reconversión Laboral, Fondo de Solidaridad, Fondo Nacional de Salud (FONASA), Fondo Nacional de Recursos, Fondo Social de Vivienda para Obreros de la Construcción.
- **Fondos de crédito**: no constituyen una transacción de dinero por servicios sociales sino que prestan un monto de dinero para que el beneficiario realice una actividad, debiendo luego restituir el dinero prestado. Ejemplos: Fondo de Financiamiento y Desarrollo Sustentable de

4. El PIB de 2014 es calculado a partir del PIB 2013 (dato BCU) a precios corrientes y utilizando la tasa de crecimiento 2013-2014 (BCU) y variación de precios 2013-abirl 2014.
5. A partir del PIB 2014 a precios corrientes, se proyecta el PIB a 2020 (etapa I) y 2025 (etapa II) a una tasa de crecimiento constante 2,1% (Calvo, 2014).
6. En la sección 2 de este capítulo se profundiza en el análisis de los casos internacionales que han implementado políticas de cuidados. La comparación mencionada se refiere, en particular, a los casos de Luxemburgo y Alemania.

la Actividad Lechera, Fondo de Garantía de Alquileres, Fondo para el Desarrollo (FONDES).

- **Fondos de pago**: promueven actividades pagando a los beneficiarios para que las desarrollen. A diferencia de los fondos de cobertura, no tienen origen en la necesidad de cubrir un servicio social sino que el beneficio para quien lo percibe es el propio financiamiento. Ejemplos: Fondo Concursable para la Cultura, Fondo María Viñas, Fondo Nacional de las Artes, Fondo Nacional de Música, Fondo Nacional de Teatro.

En este documento se desarrollarán los fondos de cobertura, ya que son los antecedentes más directos a lo que podría constituirse como un fondo de financiamiento del SNC. Estos presentan dos configuraciones básicas: universales o corporativos.

Dentro de la cobertura universal podría distinguirse un modelo homogéneo, con una única fuente de financiamiento y gestión universal (sin ejemplos en los fondos de cobertura uruguayos); y un modelo combinado, donde la universalidad resulta de sumar un componente corporativo y uno focal. Por su parte, los modelos corporativos presentan tres situaciones distintas, según la amplitud de su población objetivo: dirigidos globalmente a ocupados (donde es condición necesaria la ocupación pero no la formalidad; no hay casos de este formato en los fondos de cobertura, pero sí en los de crédito), dirigidos globalmente a ocupados formales, y dirigidos a ocupados formales de un sector de actividad específico. La herramienta de financiamiento en estos casos son los aportes sobre el salario, sea o no con tasas diferenciadas según condición de actividad, nivel de ingresos u otras características de los individuos. En el caso de fondos para sectores específicos se suman los aportes sobre la facturación como parte del financiamiento.

A continuación se describen en mayor detalle los siguientes fondos: a) Fondo Nacional de Salud (FONASA), b) Fondo Nacional de Recursos (FNR) y c) Fondo de Reconversión Laboral (FRL).

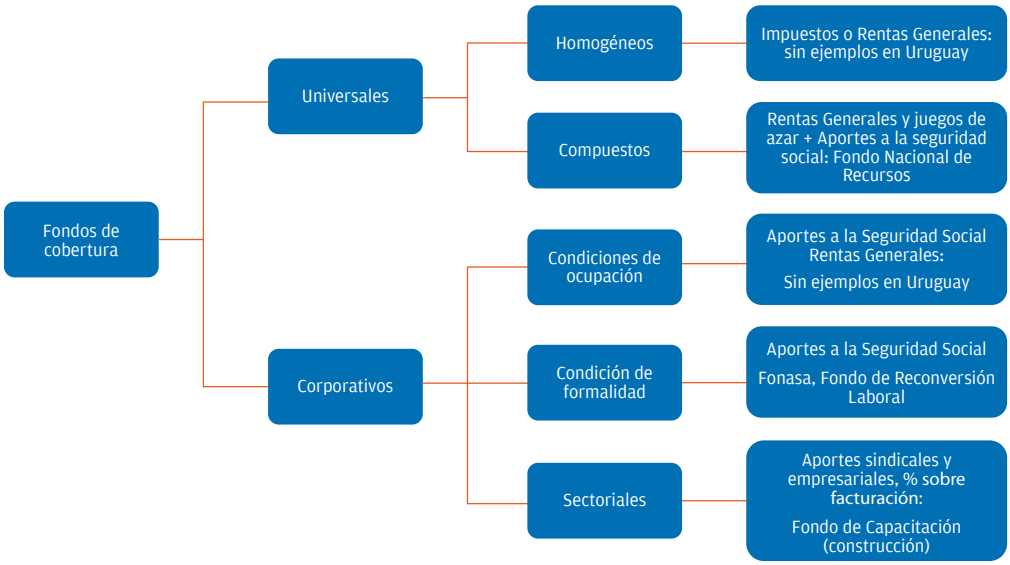
FONASA: un caso de fondo corporativo con condición de formalidad

Tiene el objetivo de financiar la cobertura médica general de la población. Es regulado por el MSP, y administrado por la Junta Nacional de la Salud (con representación de Estado, empresarios, trabajadores y usuarios). Esta última define el valor de las cápitas, las paga, y suscribe y fiscaliza los compromisos en materia de metas prestacionales con las instituciones de salud.

Son beneficiarios del FONASA los activos formales (con aportes al BPS y a cajas paraestatales), cónyuges y concubinos de activos formales, hijos de activos formales y sus cónyuges/concubinos, jubilados y pensionistas. Aportan los activos formales y los jubilados y pensionistas. Los aportes varían según menores a cargo, cónyuge a cargo, situación de actividad, monto de la pasividad y tipo de contratación de servicios.

En términos netos, el sistema es financiado por activos que cubren el costo de atención de los menores y cónyuges a cargo, y también (aunque representa un monto negativo menor al anterior) la mayor parte del subsidio a los jubilados y pensionistas. El resto del saldo negativo es cubierto a través de rentas generales.

Gráfico 10. Tipos de fondo



Fuente: DNPS.

Cuadro 29. Aportes y costos del FONASA (2011). En dólares americanos*

	Aporte	Costo de atención	Saldo
Activos	973.865.543	645.656.714	328.208.829
Por menores y cónyuges a cargo	252.882.213	484.242.535	-231.360.322
Jubilados y pensionistas	59.185.199	231.360.322	-172.175.124
Saldo	0	0	-75.326.617

* Los valores fueron actualizados a abril de 2014.
Fuente: DNPS en base a datos de BPS (2012).

Existe un tope de aporte fijado en 25% por encima del promedio de aportepara evitar que en sueldos altos se pague muy por encima de lo que sería el valor de mercado de las cuotas mutuales que cubre. Calculado el promedio de aporte a año vencido y sumado el 25%, a los aportantes que superen esa cifra se les devuelve el excedente. Actualmente se discute la posibilidad de eliminar el tope de aportes.

FNR[7]: un fondo universalista compuesto

Financia intervenciones de medicina altamente especializada y medicamentos de alto costo, para pacientes derivados desde las IAMC o ASSE. A su vez, financia tres programas de prevención, en tabaquismo, salud renal y cardiovascular. Por último, financia adquisición de tecnología médica. Cubre a toda la población.

El sistema se financia en algunos casos por pago de cuotas permanentes y en otros por reembolso del costo de la atención. A su vez, suma otras fuentes de financiamiento complementarias (rentas generales y Cinco de Oro). Los premios del Cinco de Oro están gravados con un 5% de aporte al FNR. Los usuarios del FONASA aportan como parte de su contribución al fondo. El MEF paga las derivaciones desde ASSE. Los afiliados en forma personal a IAMC y seguros de salud privados tienen el aporte incluido en el precio. El pago a las IMAE se realiza según una tabla de costos de intervención predefinida.

Diversas instituciones del Estado (entes autónomos, servicios descentralizados y gobiernos departamentales) reintegran el gasto de atención de las personas que atienden directamente (que no son usuarios ASSE ni FONASA) y son derivadas al FNR.

FRL: un fondo corporativo con condición de formalidad

Cubre a trabajadores y trabajadoras en seguro de paro, con énfasis en mujeres, trabajadores y trabajadoras rurales y personas con discapacidad. Excepcionalmente, cubre a trabajadores y trabajadoras formales activos. El aporte es percibido por la Caja Notarial de BPS y lo administra el INEFOP.

El aporte es del 0,25% del sueldo ficto, y se paga a partes iguales entre el aporte patronal y el del trabajador. La norma prevé también financiamiento por multas, donaciones y otras fuentes. Con lo recaudado se brinda capacitación para trabajadores en seguro de desempleo. Permite también la capacitación de empleados activos, en los casos que la Junta Nacional de Empleo determine (que habitualmente corresponden a casos en los que se ha dispuesto la capacitación dentro del convenio colectivo). También financia mejoras en condiciones laborales de ambiente de trabajo en el plano de la salud.

Financiamiento de políticas de cuidado en el resto del mundo[8]

Los países que ofrecen más soluciones de cuidado infantil son los escandinavos, a través de servicios comunitarios, entre otros, y con gran apoyo de las municipalidades. La mayoría de los países europeos ofrece compensaciones económicas para las familias con niños pequeños. Las diferencias encontradas guardan relación con la variedad de los Estados de bienestar desarrollados en cada país.

Por otro lado, existen desde hace algunos años –en especial como respuesta a las características demográficas–, programas para la atención de la dependencia que suelen denominarse Seguro de Dependencia a Largo Plazo (SDLP) o Long Term Care Insurance (LTC). Alemania fue el primero en implementarlo, seguido por Japón y Luxemburgo. Otros países tienen prestaciones o políticas aisladas.

Algunos países financian sus sistemas en el marco de la seguridad social, otros a través de rentas generales, o alternativas mixtas. En general, se vinculan directamente a los sistemas de salud. En algunos de los modelos de financiamiento se agrega la posibilidad de copagos sobre la utilización de la prestación: en Japón, el usuario debe pagar el 10% del costo del servicio, además de las contribuciones por los sueldos o jubilaciones y el pago de los impuestos. En España, gran parte del costo también recae sobre los beneficiarios.

A continuación se describen las alternativas de financiamiento de algunos sistemas elegidos agrupados en función a la procedencia de la mayor parte del financiamiento: a) asociados a la seguridad social (Alemania y Luxemburgo), b) vía impuestos (Suecia y España), y c) mixtos (Japón y Costa Rica)[9].

7. El Fondo Nacional de Recursos es una persona pública no estatal integrada por el MSP (presidente del Fondo más 2 representantes), MEF (1 representante), BPS (1 representante), IAMC (3 representantes: de las IAMC, FEMI y CIES), IMAE (1 representante).

8. La bibliografía consultada para esta sección fue: Abellán, A. y Ayala, A. (2012), Blay, D. (2009), Colombo et al. (2011), Dizy et al. (2006), Vía, J. (2002), Web Japan (2011), y documentos internos para la discusión elaborados por el Cecilia Lara y Victoria Novas (MEF, 2012).

9. La clasificación realizada (asociado a la seguridad social, vía impuestos o mixto) no es taxativa, los países son clasificados en cada grupo

Asociados a la seguridad social

Alemania

Alemania fue de los pioneros en implantar un seguro contra la situación de dependencia. Se consideran beneficiarios aquellos que por una enfermedad física, mental o psíquica o discapacidad, requieren ayuda sustancial para realizar las actividades de la vida diaria. Realiza una distinción de tipos de necesidad: considerable, severa y extrema necesidad de cuidados.

El LTC está asociado al seguro de salud. Es un seguro obligatorio y uniforme (sin diferencias en beneficios ni contribuciones), y su cobertura es universal: incluso si la persona tiene contratado un seguro de salud privado, se verá obligado a contratar un seguro de dependencia también privado. Contribuyen empleados y empleadores. La contribución es de 1,95% sobre salarios, que se distribuye de igual manera entre empleados y empleadores.

El seguro cubre el riesgo financiero de la necesidad de cuidados. Las prestaciones que se reciban pueden ser en especie y en efectivo (depende lo que el beneficiario elija y de su grado de necesidad). De todas formas no cubre la protección total, sino que es una provisión básica. Se complementa con asistencia social si corresponde y también existe una obligación familiar de ayudar. En 2008, el gasto fue de 1,8% del PIB.

Luxemburgo

El LTC en Luxemburgo, implantado desde 1998, es similar al alemán y forma parte del esquema de seguridad social. El Fondo Nacional de Salud gestiona los seguros, toma las decisiones y gestiona el presupuesto. La Célula de Evaluación y Orientación constata el estado de dependencia, establece plan de apoyo, propone medidas y vigila la calidad de los servicios.

Se cubren prestaciones de cuidado institucional y también en domicilio. Los beneficiarios pueden elegir si quieren recibir su prestación en especie o en efectivo. También cubre ayudas técnicas y adaptaciones de vivienda.

En cuanto a su financiamiento, todos (activos o retirados) pagan contribución de 1,4% sobre ingresos, sumado a una contribución estatal y una contribución especial del sector electricidad. En 2008, cerca del 65% de lo recaudado fueron contribuciones individuales.

Vía impuestos

Suecia

En Suecia, la gestión recae a grandes rasgos sobre los municipios que deben investigar las necesidades de su población y gestionar las políticas que sean necesarias. La mayor parte se financia por impuestos locales, recaudados por los municipios. Los beneficiarios aportan una parte pequeña (aproximadamente un 5%). Por otro lado, el gobierno aporta en subvenciones a los municipios y en compensaciones a los que tienen estructuras demográficas más proclives a necesitar políticas de este tipo, y también subvenciones a la población según la edad. Los demás países nórdicos siguen esquemas similares.

España

En España, se aprobó en 2006 la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y a las Familias (LAPAD), y con ella creó el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD). Allí se define a la dependencia como *"aquel estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria, o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal"* (Ley Nº 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, España).

Brinda prestaciones en servicios públicos o prestaciones económicas para cuidados familiares. La prioridad depende del grado y nivel de dependencia, así como de la capacidad económica. Las prestaciones son similares a las planteadas en el diseño para el SNC uruguayo.

Coexiste la financiación pública con aportes de los beneficiarios. Existen tres niveles de financiamiento: la Administración General del Estado financia un nivel mínimo de protección. Luego, las Comunidades Autónomas aportan al menos una cantidad igual a la del Estado, y finalmente los beneficiarios aportan según el tipo de servicio y su capacidad económica. En el año 2010, el gasto sobre el PIB fue del 0,64%. El Consejo Territorial del Sistema define el monto del aporte del beneficiario. Se dejó espacio al ámbito privado, para que entidades (de crédito y aseguradoras) participaran ayudando a financiar los copagos de los beneficiarios. Con dicho objetivo surgen seguros e hipotecas inversas, destinados principalmente a personas entre 45 y 60 años. Antes de esta edad las personas no tienen interés en contratar un seguro de dependencia, y luego de los 60 el riesgo de caer en esta situación ya es muy grande y no conviene a las aseguradoras (Blay, 2009).

Mixto

Japón

El Public Long Term Care Act, en Japón, también es simi-

según de donde proviene la mayor parte del financiamiento de las políticas de cuidados. El caso alemán es el más claro en este sentido, ya que casi en su totalidad es financiado por los aportes sobre los ingresos de las personas.

lar al LTC alemán. En 1997 se aprobó la Ley del Seguro de Cuidados de Larga Duración, y se creó el sistema, también en formato de seguro. Realizan contribuciones las personas mayores de 40 años (población considerada como objetivo), sea por medio del seguro de enfermedad, por medio de sus salarios o como deducción de las pensiones. Además, los beneficiarios deben pagar un 10% del costo del servicio que reciben. El sistema se administra a nivel de localidades. El gobierno central financia un 25% del costo, otro 25% entre la administración de prefectura y de la administración local, y un 50% recaudado por las contribuciones al seguro.

Costa Rica

La Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil implica el cuidado a niñas y niños y cuidados para las personas mayores. Además de los centros de atención integral para niños y niñas, se conforma por diferentes actores sociales, públicos y privados; las organizaciones de padres y madres o encargados; el personal, los directores y supervisores de los servicios de cuido; grupos profesionales de diferentes disciplinas; entidades gubernamentales y no gubernamentales. La Red de Cuido de personas mayores tiene como objetivo el desarrollo y fomento de las capacidades locales para resolver las necesidades de cuidado a la vejez.

Esta Red se financia con Fondos provenientes del Desarrollo Social y Asignaciones Familiares y completa su financiamiento con aportes de los usuarios, de la sociedad civil, y empresas privadas. El fondo financia parte de las políticas de cuidado dirigidas a la población en situación de pobreza. Pretende financiar programas y prestaciones de instituciones estatales que tienen por objetivo realizar aportes complementarios al ingreso de las familias y la ejecución de programas de desarrollo social. El fondo es un sistema no contributivo, donde las prestaciones recibidas no dependen exclusivamente del aporte realizado. Las fuentes de financiamiento son dos: rentas generales y aportes sobre la seguridad social. En el primer caso, la recaudación es vía impuestos a las ventas y es vertida al ente administrador. En el segundo caso, se aplica un 5% a los patrones sobre el total de sueldos y salarios que paguen mensualmente a sus trabajadores (sector público, en algunos casos[10], y sector privado).

Cuadro 30. Resumen de antecedentes de financiamiento de políticas de dependencia en el resto del mundo*

País	Breve descripción	Financiamiento
Contribuciones a la seguridad social		
Alemania	Seguro obligatorio, asociado al seguro de salud.	Aporte de 1,95% sobre salarios (mitad y mitad entre trabajadores y empleadores). Las personas que no tienen hijos pagan complemento de 0,25%. En 2008: 1,3% del PIB.
Luxemburgo	Seguro que cubre el riesgo de caer en la necesidad de cuidado. En especie y en efectivo dependiendo del grado de dependencia y lo que uno elija.	Aporte de 1,4% sobre ingresos (activos y retirados, rentas del trabajo, del capital y del patrimonio de los hogares), contribución estatal (aprox. 45% de los gastos totales del seguro de dependencia) y del sector electricidad. En 2007: 1,4% del PIB.
Impuestos		
Suecia	Los municipios gestionan, administran, recaban la información y los impuestos.	Impuestos a nivel municipal. Una pequeña parte lo financia la propia persona (aprox. 5%). El gobierno central contribuye con subvenciones.
España	Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).	Administración General del Estado + Comunidades Autónomas + contribución beneficiarios (esta tiene mucho peso) En 2010: 0,64% del PIB.
Mixto		
Japón	Public Long Term Care Act. Administrado a nivel de localidades. Para mayores de 40 años.	Financiamiento del 25% gobierno central, 12,5% local, 12,5% regional, 50% contribuciones al seguro. Estas últimas son para mayores de 40 años, sea por sueldos o jubilaciones (desde 0,6% de los ingresos entre empleadores y empleados). Además, 10% del costo del servicio correspondiente es pagado por los beneficiarios.
Cosa Rica	Red de Cuido Apoyo al cuidado infantil y al adulto mayor	Financiamiento compuesto por un porcentaje fijo del fondo proveniente del desarrollo social y asignaciones familiares, que a su vez se compone por aportes de rentas generales, vía impuestos a las ventas, y aportes sobre la seguridad social (5% a los patrones sobre el total de sueldos). Además, la Red de Cuido complementa su financiamiento con aportes de los usuarios, de la sociedad civil, empresas privadas y recursos con que cuenten las entidades que forman parte del proyecto.

*Recordar que son políticas para la atención de la dependencia, y no incluye como población objetivo a la primera infancia.
Fuente: DNPS.

10. Se exceptúan de este recargo al Poder Ejecutivo, al Poder Legislativo, al Poder Judicial, al Tribunal Supremo de Elecciones, a las instituciones de asistencia médico-social, las juntas de educación, las juntas administrativas y las instituciones de enseñanza superior del Estado, las municipalidades, así como a los patronos cuyo monto mensual de planillas no exceda un monto mínimo establecido por ley.

Opciones de financiamiento

La definición de un modelo de financiamiento debe responder al menos a las siguientes preguntas:

- ¿Quién aporta al sistema?
- ¿Cómo aporta? ¿Cuál es la base del aporte?
- ¿Cómo se distribuye lo recaudado entre los beneficiarios? ¿Cómo se genera el derecho a la prestación?
- ¿Cómo y quién administra dicho fondo?

A continuación se plantean algunas opciones de generación de nuevos fondos de financiamiento que permitirían que el SNC funcione a pleno. Las opciones planteadas pueden generar fondos desligados a las prestaciones (mediante impuestos), o que el aporte tenga una relación con la prestación percibida, en cuyo caso se debe buscar otra forma de financiar las prestaciones de quienes no puedan aportar, constituyendo un tipo de sistema mixto. También debe considerarse la posibilidad de complementos de pago a las prestaciones tomando en cuenta características específicas de cada población objetivo.

Se desarrollan tres alternativas. La primera toma como base a las personas con ingresos registrados por la seguridad social, es decir asalariados y jubilados y pensionistas. La segunda opción analizada se basa en financiamiento vía rentas generales considerando varias alternativas, esto es redistribución de ingresos fiscales, modificación de impuestos o creación de otros nuevos. La tercera opción es la contratación de un seguro a nivel individual que cubra el riesgo de caer en una situación de dependencia.

Se debe considerar también la opción de que el fondo se nutra de fuentes ya existentes, sin generación de nuevas cargas impositivas ni contribuciones específicas. En este sentido, el fondo se puede valer del crecimiento económico del país y la redistribución del gasto público actual.

Contribuciones en base a la seguridad social

Este modelo implica una contribución sobre los ingresos percibidos por las personas que tienen un registro en la seguridad social. Lo pagan los trabajadores inscriptos en la seguridad social, los empleadores, los jubilados y pensionistas. El sistema de seguridad social realiza las retenciones correspondientes y luego las vuelca al fondo de cuidados que financiaría las prestaciones correspondientes. Este modelo tiene como ventaja la facilidad en la recaudación.

La prestación se puede realizar como un monto fijo por mes o como una proporción de los ingresos. Se entiende que los montos fijos son regresivos dado que implican un aporte fijo sin importar el ingreso de las personas, mientras que las tasas son al menos neutras: aportan más quienes más ganan, aunque en la misma proporción. Se pueden considerar tasas de aportes adicionales para quienes sean potenciales usuarios del sistema.

Es necesario observar que la separación entre el pago y la prestación podría crear incentivos poco favorables a la formalización, ya que implica el pago de un impuesto adicional por el hecho de la adscripción al mercado formal de trabajo y en el caso de cuidados en situaciones de dependencia, sin la seguridad de recibir una prestación a cambio. Esto implica un desafío en términos de economía política dado que quienes pagan no son necesariamente quienes reciben los beneficios. Se podría optar por una implementación progresiva, en la que primero se otorgan los beneficios a quienes aportan al fondo y luego se incorporan paulatinamente quienes no realizan aportes. Sin embargo, esto no va en la línea de las propuestas de focalización y servicios planteadas en capítulos anteriores.

Rentas generales

La recaudación a través de impuestos implica que el ingreso al SNC se puede definir exógenamente, es decir, sin considerar quiénes pagan los impuestos. Es decir, no hay dificultades en separar el pago de la prestación completamente. Esto tiene una fuerte ventaja en términos de poder de decisión del Estado sobre los beneficiarios del SNC, pero plantea al menos dos problemas. En primer lugar, mantiene los problemas de economía política mencionados en el caso de los impuestos sobre ingresos del mercado laboral, en cuanto a la desvinculación entre los que pagan y los que reciben. Estos problemas se presentan en menor medida dado que en general no se señala el destino de los impuestos de recaudación general como el IVA y el IRPF. En segundo lugar, estos modelos son muy sensibles a los vaivenes políticos y de ciclo económico dado que el presupuesto del SNC se definiría en las leyes presupuestales y no a partir de los beneficiarios que acceden al sistema. Sin embargo tiene una gran ventaja: está en línea con la pretensión de universalismo del SNC.

Por otro lado, las implicancias de este modelo dependen de qué impuesto sea el que se modifica:

- **Impuestos directos**: aumento de IRPF y/o IRAE o modificaciones en las deducciones. La mayor problemática de este impuesto es su visibilidad y su sensibilidad política. Por otro lado, las modificaciones que se pueden realizar pueden ser regresivas para lograr recaudar los montos que se requieren (por ejemplo, baja del mínimo no imponible o aumento de tasas de las primeras franjas en el caso del IRPF). Se debe estudiar si las modificaciones progresivas permiten el aumento necesario de la recaudación.
- **Impuestos indirectos**: modificaciones en el IVA, por ejemplo mantenerlo constante y destinar los ingresos equivalentes a los dos puntos de reducción propuestos al SNC. Se visualizan al menos dos problemas de esta

opción: los impuestos indirectos son claramente regresivos y ya son muy altos en Uruguay. Se pueden ensayar escenarios que impliquen modificaciones progresivas aumentando las tasas de bienes suntuosos, pero puede comprometer el volumen de recaudación. En segundo lugar, existe un compromiso por parte del gobierno y la fuerza política de disminuir el IVA.

- **Financiamiento vía impuestos específicos**, ya sea la derivación de la recaudación de un impuesto a un fondo o la creación de impuestos cuya recaudación sea destinada y administrada por un fondo.

En todos los casos, se debe ser cuidadoso respecto al direccionamiento de impuestos a políticas específicas. La Reforma Tributaria llevada a cabo a partir de 2007 promueve evitar la asignación de la recaudación de un impuesto directamente a una política. Así, las propuestas presentadas en este modelo deben evitar asignar el aumento de recaudación al SNC de forma directa, aun cuando la implementación del sistema está condicionada a este aumento en la recaudación.

Seguro

La alternativa del establecimiento de un seguro es claramente la más compleja dado que es la menos ensayada a nivel del Estado, pero es también la más flexible dado que plantea muchas opciones que deben ser definidas e implican diferencias sustantivas en sus impactos. En términos generales, en esta modalidad las personas contratarían obligatoriamente un seguro contra el riesgo de estar en situación de dependencia. Lo central del modelo es que se establece a nivel individual: quienes reciben la prestación son quienes contrataron el seguro y caen en la situación de dependencia. Es por esta razón que la alternativa de seguro no puede ser considerada como única fuente de financiamiento, dado que no se podría cumplir con el supuesto de universalidad en la cobertura. El Estado deberá "contratar" el seguro para quienes no pueden hacerlo por sí mismos, por medio de rentas generales. Por otro lado, si el seguro fuera opcional, se enfrentaría al problema de selección adversa: sería contratado solamente por quienes tienen mayor probabilidad de estar en situación de dependencia (además de que incumple la universalidad).

La principal ventaja de este modelo es su flexibilidad, ya que permite considerar un amplio espectro de posibilidades en un único marco. Se pueden considerar diferentes formas de obligar a la contratación. Por ejemplo, se puede ligar al registro en la seguridad social, o crear un mecanismo que permita controlar que todos lo contraten (por ejemplo, si se considera la posibilidad de que existan seguros privados, o que se libre a cada persona la decisión de dónde y cómo contratarlo). En el caso de que esté ligado a la seguridad social, tiene el mismo problema que los impuestos a las contribuciones: genera un incentivo a la informalidad. Además, genera costos de identificación de las personas a las cuales el Estado deberá contratárselo.

También se pueden considerar diferentes modelos de seguro a contratar, que conlleven diferentes beneficios. Esta es otra consecuencia de que sea a nivel individual: cada persona puede elegir cuánto aporta y eso implicará una prestación diferenciada. Este aspecto marcaría otra diferencia importante entre el seguro contratado desde el aporte a la seguridad social y el impuesto a la seguridad social (el primero implica una relación entre lo que decide el individuo y lo que recibe, y en el segundo, lo que aporta el individuo financia tanto lo suyo como lo de otros, ya que tiene una visión más global).

Por otro lado, al ser de base individual, ahorra en gran medida los problemas de economía política planteados anteriormente así como asegura estabilidad dado que el pago y la prestación se definen a nivel del individuo y mayoritariamente no dependen del ciclo económico ni político (sí depende el monto correspondiente a las personas que no pueden contratar el seguro y se les subsidia, pero no es la totalidad de los recursos del SNC). Por último, permite modelos de gestión de "pago por riesgo" a los prestadores, que pueden ser públicos o privados.

Más allá de este punto, los impactos dependen de qué opciones adicionales se tomen:

- **Cobertura del seguro**: se debe definir a quién cubre el seguro. Se puede considerar que cubra exclusivamente a la persona que contrata el seguro, o que cubra a todo el núcleo familiar.
- **Público o privado**: el seguro podría proveerse exclusivamente de forma pública (como los seguros laborales), exclusivamente de forma privada, o en un formato mixto, que quede a decisión de la persona dónde contratar. La principal ventaja de los privados es que brinda un mayor nivel de flexibilidad en las ofertas a realizar y puede implicar mayores niveles de competencia y eficiencia. Sin embargo, implica desventajas importantes dado que requiere mayores niveles de regulación (entre otras cosas se deben establecer cuáles son las prestaciones mínimas que deben incluir en el seguro) y un diseño pormenorizado de la gestión y de la relación entre los aseguradores y los prestadores.
- **Pago por riesgo o fijo**: en los seguros tradicionales se establecen las cuotas en función de los riesgos individuales, esto en general implica impactos regresivos en términos de la distribución del ingreso. Sin embargo, en los seguros "sociales" los pagos son generalmente dependientes del ingreso, en cuyo caso tienden a ser progresivos.

Finalmente, cualquiera sea el modelo considerado, se puede complementar el aporte realizado por la persona con otros mecanismos como el de copagos. De esta manera se

incrementan los ingresos al fondo mientras que se evita el riesgo moral, es decir, el riesgo asociado a conductas que adoptan las personas diferentes a la que tomarían si no tuvieran cubiertas las necesidades de cuidados.

Cuadro 31. Resumen de las alternativas de nuevas formas de financiamiento consideradas

Sistema de financiamiento	Contribuciones a la seguridad social	Rentas generales: (1) generación de nuevos impuestos, (2) aumento de impuestos existentes, (3) disminución de exoneraciones existentes, (4) redistribución	Seguro
Cobertura	Todos. Independencia entre aporte y prestación.	Todos. Independencia aporte y prestación.	Todos. Puede haber relación entre aporte y prestación.
Quién aporta	Trabajadores registrados en la seguridad social, empleadores, jubilados y pensionistas.	Todos.	Es obligatoria la contratación para cierto grupo (pueden ser los registrados en la seguridad social) y el Estado "lo contrata" para los que quedan afuera.
Aportes especiales	Se puede aportar más por persona a cargo o no.	No.	Se puede contratar por persona o para el núcleo familiar.
Copago	Alternativa para personas con mayores ingresos	Alternativa para personas con mayores ingresos	No, porque ya es a nivel individual.
Mecanismo de aporte	Puede ser un monto fijo, un porcentaje fijo sobre los ingresos, o un porcentaje variable sobre los ingresos.	Depende del tipo de impuesto.	Puede tener muchas formas.
Progresividad/ Regresividad	Depende del mecanismo: el monto fijo regresivo, el porcentaje fijo sería un caso intermedio y el porcentaje variable por tramos según ingresos, el más progresivo.	Depende del tipo de impuesto.	Depende de la forma que tome el seguro.
Pros	Facilidad en recaudación.	No está ligado a la seguridad social. No hay que pensar mecanismos para los que no aportan.	Flexible (puede tomar muchas formas). Es de nivel individual, por lo que es independiente del ciclo económico y político. Si es privado: mayor flexibilidad, mayores niveles de competencia.
Contras	Incentivos a la informalidad (separación aporte-prestación).	Sensible a ciclo económico y vaivenes políticos dado que el presupuesto del SNC se definiría en leyes presupuestales y no a partir de los beneficiarios que acceden a él. En contra del criterio establecido en Reforma Tributaria según el cual no se crean impuestos destinados a fines específicos.	Alternativa más compleja (la menos ensayada). Desincentivos a la formalización (esto es si está atado al cobro de salarios/jubilaciones, ya que si fuera una cuota fijada en base a otro criterio este comentario no valdría). Costos de identificación y verificación de ingresos para ver a quién se le contrata y a quién no. Si incluye aseguros privados: más regulación, diseño de gestión.

Fuente: DNPS.

Principales elementos del capítulo

La idea central es plantear un menú de opciones de financiamiento al SNC tomando en cuenta tres criterios:

- Construcción de un fondo, independientemente del mecanismo recaudador que se escoja.
- El sistema escogido debe permitir una cobertura universal.
- Los sistemas de financiamiento planteados deben reconocer el esfuerzo monetario real que implica un SNC.

Antecedentes al sistema de financiamiento:

- Nacionales: FONASA, FNR, FRL. Las fuentes de recaudación se relacionan con aportes sobre la seguridad social (empleados, patrones y jubilados y pensionistas), copagos o cuotas fijas y otras fuentes como impuestos sobre actividades (impuesto sobre el Cinco de Oro) o aportes de intuiciones públicas.
- Internacionales: Alemania, Luxemburgo, Japón, España y Costa Rica. Estos países atienden las necesidades de cuidados de personas mayores y personas con discapacidad en situación de dependencia. Los sistemas de financiamiento dependen de fuentes relacionadas con gravámenes sobre ingresos (asociados a la seguridad social), vía impuestos (financiamiento asociado a rentas generales) y sistemas mixtos de financiamiento.

Las opciones de financiamiento, que pueden ser combinadas entre sí, son:

- contribuciones en base a la seguridad social;
- rentas generales;
- seguro.

CAPÍTULO 7

Regulación e institucionalidad

Introducción

El marco regulatorio tiene como objetivo reconocer el derecho de cuidar y ser cuidado de aquellas personas que se encuentren en situación de dependencia, tanto dentro del hogar como fuera del hogar, en condiciones de calidad. Esta regulación impacta tanto en el ámbito público como en el privado, desde una perspectiva de derechos humanos, y permite garantizar la calidad, eficacia y eficiencia del SNC.

En primer lugar, se repasa la situación actual en cuanto a la regulación de servicios y regulación laboral que existe actualmente. En segundo lugar, se menciona el marco que regulará el ingreso al SNC. A continuación, se mencionan las propuestas en los siguientes aspectos: regulación de servicios, regulación laboral, consideraciones generales del sistema e institucionalidad.

En cuanto a la **regulación de servicios** destinados a la primera infancia, la regulación de los centros de educación inicial –como política fuera del hogar– requiere continuar avanzando en la implementación unificada de criterios para la apertura de centros, supervisión técnica y administrativa de centros públicos y privados. La regulación de los cuidados dentro del hogar implica generar un marco legal específico que promueva la calidad de las prestaciones de cuidados domiciliarios para niños y niñas que aún no existe en Uruguay. El objetivo de la propuesta en materia de regulación para las personas mayores en situación de dependencia debería formalizar y pautar estándares de calidad de las prestaciones de cuidado articulada a las distintas modalidades de servicios, articular los distintos proveedores de cuidado y regularizar las tareas de cuidado a ámbitos formales de trabajo vinculando condiciones laborales y establecer estándares mínimos de capacitación para las personas que desarrollen dicha tarea e incidir directamente en la calidad de la oferta de los servicios, como en la accesibilidad y distribución de los costos. El marco regulatorio en el caso de las personas con discapacidad en situación de dependencia tiene como objetivo el reconocimiento de los derechos con los principio de igualdad y, sobre todo de equidad, que se refleje en el mejoramiento en la calidad de vida de las personas, así como de su familia. El desafío que encierra la regulación en esta población es la promoción de autonomía, de autodeterminación, la promoción de derechos y la participación activa en la sociedad.

Respecto a la **regulación laboral** pretendemos dejar planteadas las posibilidades para avanzar en este sentido. Actualmente, las personas que cuidan se insertan en sectores ocupacionales heterogéneos y dispersos con diversidad de situaciones respecto a sus condiciones laborales, remuneración y organización colectiva. Parte de los objetivos del SNC van en la línea de visualizar esta tarea y dignificarla.

El apartado de **"Consideraciones generales del SNC"** relata cuestiones a tener en cuenta para darle una mirada sistémica. Para ello consideramos fundamental definir cuestiones como mecanismos de exigibilidad, sistema de información y evaluación, transparencia pública y participación, determinación de un Plan Individual y registro Nacional de Cuidadores/as.

Por último, se avanza en la **propuesta de institucionalidad** que sintetiza de manera clara cómo se articulará el SNC dada la cantidad de instituciones involucradas.

Situación actual

Para el SNC la regulación es un aspecto central ya que determina los mecanismos y marcos de instrumentación de la política. Partiendo de esta premisa, y como paso previo, debemos tener en claro el estado de situación actual de la regulación de servicios y prestaciones dirigidas a las personas que serán parte del SNC.

Primera infancia

Los cuidados fuera del hogar para niños y niñas de 0 a 3 años se regulan de forma conjunta con los servicios de educación inicial, en el entendido que la educación y los cuidados en primera infancia van de la mano. Por lo tanto, la regulación vigente para la Educación Inicial será asimilada como regulación vigente en lo que respecta a cuidados fuera del hogar.

Existe una pluralidad de actores competentes en lo que refiere a regulación, supervisión y ejecución de programas. El desafío se encuentra en que estos actores actúen con los mismos criterios y que sus recursos sean utilizados de forma complementaria y no se solapen.

Los acuerdos de especial relevancia que dan un marco de regulación para el cuidado de los niños y niñas uruguayas son: la *Convención Internacional de los Derechos del Niño*; su correlato nacional en el *Código 12 de la Niñez y la Adolescencia*; los *Objetivos de Desarrollo del Milenio* y su adecuación al país a través de las metas nacionales y a nivel nacional, la Ley Nº 18.437, Ley General de Educación, cap. XVI, referente a los centros de Educación Inicial.

En la Ley General de Educación se crea el Consejo Coordinador de la Educación en la Primera Infancia (CCEPI), dependiente del MEC. Allí participan integrantes del Consejo de Educación Inicial y Primera Infancia de la ANEP (CEIP-ANEP), del INAU, del MSP, de los educadores en primera infancia y de los centros de educación infantil privados.

Actualmente, la supervisión y acompañamiento a los centros para la primera infancia es realizada en forma simultánea por varias instituciones, en el caso de los centros CAIF y centros diurnos son supervisados por el INAU, los jardines de infantes en colegios privados por el CEIP-ANEP y los centros de educación infantil privados por el MEC.

Si bien existen criterios acordados por el CCEPI en cuanto a las condiciones de apertura de centros y supervisión[1], entre otros aspectos, aún persisten algunas dificultades en la implementación y la articulación entre los distintos actores. Aún quedan pasos por dar en cuanto a definición de roles, división de funciones administrativas de la supervisión técnica, sistemas de información eficientes que permitan monitorear las prestaciones, protocolos y amparo legal en caso de decisiones complejas respecto a determinados centros.

Por otro lado, la cobertura de servicios de cuidado infantil fuera del hogar es insuficiente y existen restricciones para ampliar la cobertura pública en algunas zonas del país[2]. Otro debe importante en la regulación de estos servicios es que aún existen pocas experiencias de inclusión de niñas y niños con discapacidad. Acerca de los cuidados dentro el hogar para niños y niñas actualmente no existe regulación: se encuentran incluidos dentro de las tareas asociadas al trabajo doméstico.

Personas mayores en situación de dependencia

No existe un marco regulatorio que englobe una visión de sistema y que articule distintas modalidades de servicios y competencias institucionales, respecto a la dependencia. La regulación existente se concentra en modalidades de servicios fuera del hogar y no aborda modalidades de cuidados dentro del hogar (cuidados domiciliarios, teleasistencia, entre otros). La oferta actual en materia de cuidado dirigida a las personas mayores es escasa y dispersa, sigue siendo la familia el mayor proveedor de cuidados, aunque en un ámbito general de informalidad.

La oferta de cuidados que involucra a otros actores que operan en los "modos de producción" de cuidado, mercado, comunidad y el propio Estado, presenta una sumatoria de modelos y mecanismos de regulación diferentes o ausentes, que hacen que el acceso como la calidad de los servicios sea variada, con alcance reducido y alto costo. Por lo tanto, es de remarcar que la forma en que el Estado uruguayo determina sus medidas y acciones públicas, dirigidas a monitorear y controlar la provisión de servicios de cuidado, varía según la esfera del proveedor de esos cuidados.

Existen hoy día escasas acciones dirigidas a apoyar a las familias en los cuidados que estas brindan. En cuanto al mercado y la comunidad, la normativa y los mecanismos de fiscalización se concentran en los cuidados fuera del hogar y presentan una dificultad para impactar directamente en la calidad de los servicios. A nivel estatal, las respuestas son escasas y muy focalizadas, presentando marcos regulatorios complejos y costosos en los mecanismos de fiscalización.

En el mercado, los cuidados en domicilio ofrecidos por las empresas de acompañantes actualmente no cuentan con regulación específica.

La Ley Nº 18.617, promulgada en octubre de 2009, creó para Uruguay el Instituto Nacional del Adulto Mayor (Inmayores) en la órbita del MIDES. Con la creación de Inmayores se inicia una nueva etapa en la forma de diseñar políticas en el campo del envejecimiento y la vejez a nivel nacional. El cambio sustancial es la creación de un organismo que ordena y rectoriza las políticas sectoriales en la materia, ya que la lógica sectorial presentaba fragmentación y atomización de la interpretación institucional que se establecía sobre las necesidades de las personas mayores.

A partir de 2014 se integra a Inmayores la rectoría en la regulación de establecimientos privados que funcionan como hogares o residencias de larga estadía. Estas nuevas tareas se enmarcan en el artículo 298 de la Ley Nº 19.149, de Rendición de Cuentas y Balance Presupuestal 2012, donde se hace un cambio de competencias en las tareas de regulación enmarcadas en la Ley Nº 17.066 del MSP al MIDES. El actual cambio de competencias implica la incorporación de un modelo de intervención de coordinación sociosanitaria, que se traduce en una tarea de fiscalización de manera integral y coordinada entre MIDES y MSP. Este cambio apunta a la articulación intersectorial basada en las sinergias institucionales, favoreciendo una visión holística de las

1. Ver: http://educacion.mec.gub.uy/innovaportal/file/3053/1/requisitos_ccepi.pdf.
2. Estas dificultades responden especialmente a la dificultad de acceder a terrenos y restricciones presupuestales, que no corresponde detallar en este apartado.

personas y sus necesidades en materia servicios de cuidado permanente.

La regulación es una alternativa de acción privilegiada para cumplir con el objetivo de mejorar las actuales prácticas orientadas a los cuidados de personas mayores en servicios de larga estadía. Presenta el desafío en tres aspectos sustanciales:

- incrementar la protección de derechos y el desarrollo de bienestar de las personas mayores;
- mejorar la eficiencia y efectividad de las respuestas del sector;
- racionalizar y replantear los ordenamientos legales existentes.

En tal virtud, se asume que la función de la regulación tiene como premisa esencial el establecimiento de un sistema para el amparo de derechos de las personas mayores y de sus familiares, al hacer uso de servicios de cuidado permanente e institucional.

En cuanto a los cuidados fuera del hogar brindados desde el Estado, el marco regulatorio se estructura de la siguiente forma: Ley Nº 18.340, Programa de Soluciones Habitacionales para Jubilados y Pensionistas del Banco de Previsión Social: Decreto 360/2004 del 7/10/2004 de subsidio cupo cama, Ley Nº 17.066 de Decreto Nº 320/999: Política General en materia de ancianidad. Reglamentación técnica de los alojamientos privados para personas mayores y Ley Nº 18.161 Administración de los Servicios de Salud del Estado, a partir de la cual se atiende y brindan servicios de corta, media y larga estadía.

Personas con discapacidad en situación de dependencia

El escenario actual referente a las personas con discapacidad en situación de dependencia debe ser analizado a la luz de algunas leyes, decretos, normativas y disposiciones ya existentes en nuestro país y a nivel internacional. El marco normativo fundamental en relación a las personas con discapacidad se basa principalmente a nivel internacional en la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad y, a nivel nacional, en la Ley Nº 18.651, de Protección Integral de las Personas con Discapacidad.

En primera instancia debemos decir que el marco normativo en cuanto a los derechos de las personas con discapacidad se encuentra integrado a la regulación en materia de derechos humanos para todas las personas por su condición de ser tales. Podemos mencionar: Declaración Universal de los Derechos del Hombre, de 1948, donde comienza una trayectoria en torno a los derechos humanos a nivel internacional y a nivel regional el Pacto de San José de Costa Rica como norma fundamental en este sentido.

Tanto la Convención Internacional de Derechos para Personas con Discapacidad aprobada el 13 de diciembre de 2006, como así también la Ley Nº 18.651, que entró en vigencia el 19 de marzo de 2010, se enmarcan en el modelo social de discapacidad.

"Los presupuestos fundamentales del modelo social son dos. En primer lugar, se alega que las causas que originan la discapacidad no son ni religiosas ni científicas, sino sociales o al menos, preponderantemente sociales. (...) En cuanto al segundo presupuesto –que se refiere a la utilidad para la comunidad– se considera que las personas en situación de discapacidad tienen mucho que aportar a la sociedad, o que, al menos, la contribución será en la misma medida que el resto de personas –sin discapacidad–" (Palacios, 2008: 103).

En cuanto a normativa específica existente en materia de cuidados, el Decreto 214/14 del 28 de julio de 2014, reglamenta el capítulo IV, artículos 25 a 30, de la Ley N° 18.651. Por este medio, se creó la figura de asistente personal, para las personas que, percibiendo pensión por invalidez por discapacidad severa del BPS, están en situación de mayor dependencia. Esta nueva prestación es llevada adelante por el BPS, y el MIDES recibe las solicitudes y aplica el baremo para ver si al solicitante le corresponde la prestación o no.

Sobre asistencia familiar, existe un único antecedente que es la Ordenanza Nº 13, del 2 de marzo de 1984, del MSP, que refiere a la asistencia familiar de alienados, y la reglamenta como servicio para personas en asistencia psiquiátrica. Fue elevada por la Dirección de la Colonia de Asistencia Psiquiátrica y la Dirección del Programa de Salud Mental. Estas y otras normativas se presentan como resumen en el anexo de este documento.

Cabe aclarar que dentro de marco regulatorio en nuestro país vinculado a las personas con discapacidad existen normas que se contradicen con el modelo social y las normas mencionadas anteriormente. Por lo que en primera medida habría que dar una discusión a la normativa vigente en nuestro derecho positivo a la luz de la Convención. El 4 de diciembre de 2008, mediante la Ley Nº 18.418, Uruguay ratifica la Convención. Esto está previsto en el Plan Nacional de Acceso a la Justicia y protección jurídica de las personas con discapacidad, coordinado desde la Unidad de Políticas Públicas de Discapacidad de la Dirección Nacional de Políticas Sociales, diseñado en conjunto con instituciones públicas y privadas vinculadas con la temática tanto de discapacidad como de acceso a la justicia (línea estratégica 2, aplicación de la legislación existente e implementación de la adecuación normativa necesaria a la luz de la Con-

vención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad).

Personas que cuidan

Actualmente quienes cuidan de forma remunerada se agremian junto a otras/es trabajadoras/es en diferentes ramas de actividad, pero no constituyen un colectivo en tanto grupo gremial específico. Sin embargo, al no tener un sector propio que identifique la tarea de cuidar, no se encuentra reconocido como una necesidad real de la sociedad ni se valoriza el trabajo de cuidados a personas en situación de dependencia como tal. Tampoco se reconoce a estas necesidades de cuidados como permanentes, sino que en este grupo solo se atiende a situaciones transitorias[3].

Regulación laboral actual de cuidadoras y cuidadores en servicios de cuidado fuera del hogar

Personas que cuidan niñas y niños

Los/as trabajadores/as que cuidan niños y niñas están en el subgrupo 16, "Servicios de Enseñanza", y, dentro de este, en tres subgrupos: "jardines de infantes y guarderías" (subgrupo 1), "especial para personas con capacidades diferentes" (subgrupo 4) y "educación no formal" (subgrupo 7)[4]. A diferencia del subgrupo de "Servicios de Salud", en la educación existe una categorización más precisa y una distinción entre educadores sin título y con títulos, maestros y profesionales universitarios. Los/as trabajadores de CAIF han promovido formas de organización colectiva propias y se han movilizado para manifestar demandas de mejora de sus condiciones de trabajo.

Cuidadores/as de personas mayores

Los y las trabajadoras que cuidan personas mayores se nuclean en el subgrupo 15, "Servicios de Salud y Anexos", y, dentro de este, en tres subgrupos: "Servicios de Acompañantes" (subgrupo 2), "Casas de salud y residencias de ancianos con fines de lucro" (subgrupo 3.1) y "Casas de salud y residencias de ancianos sin fines de lucro" (subgrupo 3.2). Las principales demandas de estos/as trabajadores/as son los bajos salarios[5]. La actividad no está regulada, la remuneración es por hora y por tanto no tienen un ingreso fijo. Se trata de un sector de difícil sindicalización por la dispersión de los lugares de trabajo y el perfil de las personas ocupadas, en su mayoría mujeres de edades mayores (Aguirre, 2013). Otra de las dificultades del subgrupo es la escasa categorización[6].

Cuidadores/as de personas con discapacidad

En lo que refiere a la negociación colectiva, existe el subgrupo 4, "para personas con capacidades diferentes", dentro del grupo 16, "Servicios de Enseñanza". Se trata de un subgrupo de reciente creación, que en sus comienzos no tenía representación empresarial y sindical definida, pero en 2010 el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Enseñanza Privada asumió la representación por parte de los/as trabajadores/as. Los salarios del sector son bajos, lo cual se refleja en el laudo actual que es de $ 191,49 la hora semanal mensual y de $ 44,62 la hora reloj.

Regulación laboral actual de cuidadoras y cuidadores dentro del ámbito doméstico

Existe un importante sector de trabajadoras domésticas trabajando en casas particulares que dentro de sus tareas también realizan actividades de cuidado. No obstante, dada la forma en que se registra la información en las encuestas continuas de hogares no es posible distinguir dentro de los trabajos cuáles son tareas de limpieza y cuáles de cuidado a personas en situación de dependencia. Es así que, en el estudio realizado por Aguirre (2013) sobre la caracterización del sector cuidados, no se incluyen las trabajadoras domésticas en las estimaciones realizadas. Las personas que cuidan se insertan en un sector ocupacional heterogéneo y disperso con diversidad de situaciones respecto a sus condiciones laborales, remuneración y organización colectiva.

En nuestro país el trabajo doméstico ha sido regulado recientemente por la Ley Nº 18.065, que en su artículo 1 define por trabajo doméstico *"el que presta, en relación de dependencia, una persona a otra u otras, o a una o más familias, con el objeto de consagrarles su cuidado y su trabajo en el hogar, en tareas vinculadas a este, sin que dichas tareas puedan representar para el empleador una ganancia económica directa"*.

En 2008 se agregó a la ronda de la negociación colectiva el grupo 21, de trabajadoras domésticas. En términos de responsabilidades y competencias existen diferencias entre quienes realizan tareas domésticas y además de cuidado de personas en situación de dependencia, y quienes solo realizan las primeras. No obstante, actualmente no existen categorizaciones dentro del sector por tanto tampoco se refleja en la remuneración la simultaneidad de las tareas. Esta falta de representación en las negociaciones colectivas, sumada a la alta informalidad del sector, constituye una problemá-

3. En el grupo 15 de los Consejos de Salarios, subgrupo Servicios de Acompañantes, se representan a los y las trabajadas que realizan tareas de cuidados tanto en instituciones como en domicilio. Los salarios nominales por hora, por 40 horas semanales, son: para acompañante en hospital o sanatorio $ 56,75 acompañante a domicilio $ 59,80.
4. Los laudos de los Consejos de Salarios del subgrupo 1, 4 y 7 del grupo 16 pueden consultarse en www.mtss.gub.uy.
5. A modo ilustrativo, algunos los laudos del subgrupo son los siguientes: acompañante en hospital o sanatorio $ 38,13 la hora, acompañante en domicilio $ 40,70, acompañante enfermero $ 47,65. Fuente: http://www.mtss.gub.uy.
6. En los servicios de acompañantes hay tres categorías, en el hospital, en domicilio y el acompañante enfermero. En casas de salud y hogares sin fines de lucro no hay categorías. En las residencias con fines de lucro está la categoría "cuidador" y "cuidador nochero", sin ninguna compensación por nocturnidad (Aguirre, 2013).

tica particular de la situación laboral de las personas que cuidan en domicilio.

Según la consultoría de Rosario Aguirre (2013) la informalidad de empleos de cuidado es muy alta en comparación con el resto de las ocupaciones. El 61% no aportan a la seguridad social, característica asociada a todos los tipos de cuidados. Asimismo, más de la mitad de quienes tienen derecho a aguinaldo no lo cobran, constituyendo un porcentaje mucho mayor respecto al resto de las ocupaciones.

Acceso al sistema y reconocimiento de la situación de dependencia

Para determinar el acceso a gran parte de las prestaciones que se ofrecerán dentro del SNC se ha elaborado el Baremo de Dependencia, una herramienta que reconoce tanto la situación de las personas que serán beneficiarias del sistema así como del entorno en el cual viven. Es necesario aclarar que no todas las prestaciones del SNC tendrán como paso previo la aplicación de esta herramienta, como caso de las prestaciones dirigidas a primera infancia o el servicio de teleasistencia, donde el requisito para la obtención de este servicio depende de la edad de la persona.

El umbral de entrada al SNC en el caso de personas mayores y personas con discapacidad lo determinará, en la mayoría de los servicios, la aplicación del Baremo de Dependencia. Este baremo define criterios estandarizados y comunes a fin de establecer el ingreso al SNC y, por ende, hacer uso de los servicios y/o prestaciones que el SNC comprenda. Es un instrumento que, a través de algoritmos de puntuación preestablecidos, cuantifica el nivel de dependencia que tiene una persona. Valora la necesidad de ayuda de otra persona, las limitaciones para realizar determinada actividad y la situación de dependencia para una actividad determinada en una situación concreta. Además, mide el estado de carácter permanente o transitorio de la situación de dependencia en la que se encuentran las personas que, por razones vinculadas al ciclo de vida, a la discapacidad, a la enfermedad y que se vinculan con la falta o a la pérdida de autonomía motriz, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de apoyos para su autonomía personal.

Las determinaciones de los grados de dependencia que mide el baremo permitirán definir la cantidad y frecuencia de actividades que requieren apoyos, además de la cantidad, frecuencia y cualidades de los apoyos que se requieren en tales actividades. El baremo considera la dependencia leve, moderada y severa, además de discriminar entre dependencia y no dependencia.

Incluye un protocolo con los procedimientos y técnicas a seguir y la determinación de los intervalos de puntuación que corresponden a cada uno de los grados y niveles de dependencia. En cuanto a los criterios de valoración y evaluación, se basa en la aplicación de un protocolo o cuestionario y en la observación directa de la persona a valorar. En el caso de personas que las condiciones de su discapacidad determinen que puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva, el protocolo o cuestionario se aplicará necesariamente en presencia de la persona a valorar y con la participación de otra persona que conozca debidamente la situación del solicitante.

Aplicación del Baremo de Dependencia

El baremo se aplicará junto al formulario del Índice de Carencias Críticas (ÍCC) u otro instrumento que mida el nivel de ingresos, y un formulario que relevará las redes de cuidados con las cuales cuente el individuo, lo que permitirá contemplar los aspectos familiares, sociales y de contexto. Por medio de la interacción con el formulario del ÍCC se evaluarán los aspectos familiares, sociales y contextuales que determinan la situación de dependencia, criterios de vulnerabilidad social, acceso a servicios, accesibilidad territorial. En relación a lo recabado en el formulario de redes

Baremos de dependencia en España y Uruguay. Rafael Tejera (Área de Protección Social-DNPS-MIDES)

Los baremos de dependencia establecen una forma unificada de determinar si hay o no dependencia en las personas, y en qué grado la presentan. Por dependencia se entiende requerir ayuda de otros para desarrollar tareas básicas de la vida diaria. Por tanto, el baremo determina:

- en qué tipos de funciones, las dificultades para ejercerlas de forma plena genera dependencia (visual, auditiva, mental). Aun si estas no son definidas de manera expresa, quedan reflejadas luego por el tipo de actividades que se consideren;
- cuáles serán consideradas actividades básicas de la vida diaria, y qué actividades concretas serán definidas para identificar dificultades de ejercicio en cada función (asearse, desplazarse dentro o fuera del hogar, comer y beber);
- qué niveles de dependencia se establecen, según el grado de dificultad que las personas presenten en esas actividades.

El baremo no es en sí mismo un instrumento de asignación de beneficios, pero es una herramienta que organiza de forma estandarizada la asignación de derechos de acceso a políticas públicas. En tanto dichas políticas establecerán para qué niveles de dependencia se aplican, y qué monto o tipo de beneficio corresponderá a cada uno de los niveles considerados.

El siguiente cuadro expresa la evolución de las actividades básicas de la vida diaria consideradas para la definición del baremo español, y las consideradas en el caso uruguayo, que en líneas generales sigue al anterior (para facilitar la comparación se utiliza en el caso uruguayo la expresión española cuando la actividad se implementa a través del mismo tipo de indicadores).

España: Encuesta 1999	España: Libro Blanco	España: Encuesta 2008	Uruguay
Cambiar y mantener la posición de cuerpo	Cambiar y mantener la posición de cuerpo	Cambiar y mantener la posición de cuerpo	Cambiar y mantener la posición del cuerpo (incluido levantarse de la silla)
Levantarse, acostarse	Levantarse, acostarse		
Desplazarse dentro del hogar	Desplazarse dentro del hogar	Desplazarse dentro del hogar	Desplazarse dentro del hogar
Asearse solo: lavarse y cuidar su aspecto	Asearse solo: lavarse y cuidar su aspecto	Asearse solo: lavarse y cuidar su aspecto	Asearse solo: lavarse y cuidar su aspecto
Controlar las necesidades y usar solo el servicio	Controlar las necesidades y usar solo el servicio	Controlar las necesidades y usar solo el servicio	Controlar las necesidades y usar solo el servicio
Vestirse, desvestirse y arreglarse	Vestirse, desvestirse y arreglarse	Vestirse, desvestirse y arreglarse	Vestirse, desvestirse y arreglarse
Comer y beber	Comer y beber	Comer y beber	Comer y beber
Deambular sin medio de transporte			Desplazarse fuera del hogar
Limpieza y mantenimiento de la casa			Tareas domésticas (incluye preparar comidas)
Cuidarse de las comidas		Preparar comidas	
		Cuidarse la salud (medicación, evitar peligro)	Mantenimiento de la salud
Compras y control de suministros y servicios			
Limpieza y cuidado de ropa			
Cuidar bienestar del resto de la familia			
	Reconocer personas y objetos y orientarse	Uso intencionado de los sentidos	Autodirección. Tomar decisiones. Habilidades de comunicación. Vida comunitaria.
	Entender y ejecutar órdenes y tareas sencillas	Realizar tareas sencillas	

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Blay (2009) para España y MIDES (2013) para Uruguay.

Las actividades consideradas en España se redujeron significativamente entre la encuesta de dependencia del año 1999 (Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud) y el Libro Blanco de la Dependencia (2005), en tanto este último buscaba directamente establecer prestaciones asociadas a cada grupos de población dependiente, y manejó por ello una definición más restringida que la encuesta previa.

El Libro Blanco quitó de consideración algunas actividades entendidas como de naturaleza no tan básica como las demás: las relacionadas con hacer tareas domésticas, la movilidad fuera del hogar y cuidar del resto de los miembros de la familia. A su vez, a partir del Libro Blanco se tuvieron en cuenta actividades relacionadas a funciones mentales (reconocer personas y objetos, entender y ejecutar tareas sencillas). En base a las pautas introducidas en el Libro Blanco se construyó el baremo español.

El baremo uruguayo se construyó tomando como referencia principal la experiencia española: el baremo diseñado en base al Libro Blanco, y los ajustes a la estimación de dependencia planteados en la encuesta española de 2008 (Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia) que reintrodujo un aspecto específico de la tareas domésticas (preparase la comida) y el cuidado de la propia salud, especialmente en lo que hace a reconocer la medicación que debe tomarse.

El baremo uruguayo tomó las mismas dimensiones consideradas por el Libro Blanco español, con el añadido de las consideradas en la encuesta española de 2008, y también de las limitaciones para desplazarse fuera del hogar. Puede considerarse entonces un baremo construido de manera similar al español, y algo más amplio en el abanico de actividades considerado.

de cuidados con las que cuenta el individuo, se definirán la cantidad de horas de servicio a asignarle y la recomendación de las características del cuidador al equipo técnico de seguimiento de cuidadores.

El baremo será aplicado por un equipo técnico profesional interdisciplinario debidamente formado para esta tarea, que trabaja en territorio. La evaluación de la medición realizada por el equipo valorador será entregada a un equipo técnico interdisciplinario evaluador. La responsabilidad de este equipo será evaluar la situación de dependencia de la persona, cantidad, frecuencia y cualidades de los apoyos que se requerirán para sus cuidados.

Propuesta de regulación de servicios

Es importante que la normativa de cuidados articule los servicios existentes para cada una de las poblaciones de manera de promover su integración y evitar la fragmentación de los servicios. La coordinación es un factor que redunda en la calidad de vida de las personas en situación de dependencia. Esta coordinación, tanto en la prestación de servicios como en su regulación, es un requisito fundamental para considerar estas prestaciones de cuidados como un sistema unificado. Para ello se debe contar con herramientas como el protocolo de diseño de programas que avancen en garantizar la calidad de los programas que se diseñan desde una perspectiva de derechos humanos. Asimismo, es importante que se haga una revisión de aquellos programas que, si bien ya existen, se incorporan a la mirada sistémica que plantea el SNC.

Servicios fuera del hogar

Centros de cuidados de primera infancia

La regulación en la prestación de estos servicios dirigidos a la primera infancia debería enmarcarse en:

- Un sistema unificado de criterios de habilitación de todos los centros de educación inicial aprobados por el CCEPI[7], dependiente del MEC. Actualmente se encuentra avanzada la discusión sobre dichos criterios, entre otros acuerdos se destaca la búsqueda de armonización de los utilizados por el Plan CAIF y aquellos criterios planteados por el CCEPI.
- Un sistema de supervisión de todos los centros para primera infancia unificado que incluya:
  - Definición del rol del supervisor.
  - División de funciones administrativas de la supervisión técnica.
  - Sistemas de información que permitan realizar el monitoreo y el seguimiento de los servicios.
- Una reglamentación que prevea transferencias estatales a centros privados para subsidiar asistencia de niños y niñas en zonas donde la cobertura pública sea insuficiente (programa de bonos de cuidado; ver Capítulo 2).
- Una reglamentación que promueva la apertura de centros de Educación Inicial en empresas para familiares de trabajadores y trabajadoras y niñas y niños del barrio correspondiente (ver Capítulo 5).
- La promoción de la inclusión de niñas y niños con discapacidad en todos los centros públicos de cuidado infantil. Para ello es necesario establecer estándares de regulación. Estos estándares tienen que ver con las currículas de formación, las que deben transversalizar la temática de discapacidad (así como la de género), en un entorno accesible (tomando en cuenta normas las normas UNIT de accesibilidad), y el acompañamiento de asistentes personales debidamente formados. Asimismo, se debe trabajar en la regulación para la inclusión de niños con discapacidad en los centros de atención a la primera infancia privados.

Centros diurnos de atención y promoción de autonomía e independencia

Es necesario establecer estándares mínimos para su apertura y funcionamiento. Los centros deben contar con accesibilidad universal. Además, se deben establecer ratios mínimos de técnicos y cuidadoras/es por grupo de personas en el centro. En el caso de que los centros sean para personas con discapacidad en situación de dependencia y dada la heterogeneidad de la discapacidad es necesario tener en cuenta los tipos de discapacidad por centro y los técnicos que se necesitan. A su vez, se debe tener en cuenta el ciclo de vida de las personas, ya que eso determinará la cantidad y características de técnicos y cuidadoras/es. Debe haber centros diurnos especializados en diferentes patologías relacionadas a las personas mayores.

Hogares de larga estadía para personas con discapacidad

En el caso de estos centros también es necesario tener en cuenta el ciclo de vida de las personas. Los hogares de larga estadía deben promover la autonomía e independencia de las personas. Partiendo también de estándares de calidad, los centros deben contar con accesibilidad universal (tomar en cuenta normas UNIT de accesibilidad). Es necesario establecer ratios mínimos de técnicas/os y cuidadoras/es por grupo de personas en el centro.

Servicios dentro del hogar

Servicio de teleasistencia

Pretende ser una respuesta rápida para las personas que se encuentran en sus hogares, que tienen alguna situación de dependencia leve y necesitan asistencia por algún motivo (caídas o por sentirse mal, entre otros).

Es necesario generar garantías del derecho a la intimidad del usuario, establecer regulación de usos del servicio y cumplimiento de calidad del servicio estandarizado. Será necesario regular la modalidad de respuesta del servicio, los tiempos y a quién se solicita asistencia en cada caso con protocolos de intervención y derivación. A su vez, se deberá realizar un contrato donde se establezca en qué casos desde

7. El CCEPI recomienda requisitos mínimos para acceder a la autorización de los Centros de Educación Infantil (privados y públicos) para niños y niñas de 0 a 5 años. Entre los requisitos se encuentran condiciones relacionadas con: la integridad física y derechos de los niños y niñas; la propuesta educativa que ofrecerá el centro; el personal que trabajará en ellos, la proporción mínima entre trabajadores y trabajadoras del centro y niños/as participantes; el espacio físico y equipamiento; disposiciones concretas de acuerdo a la edad que se trate. Por más información ver: http://educacion.mec.gub.uy/innovaportal/file/3053/1/requisitos_ccepi.pdf

el servicio se puede echar mano a las llaves de los domicilios de los usuarios para ingresar al hogar.

Cuidadores/as en domicilio[8]

El cuidado en domicilio encierra dos dimensiones fundamentales; la primera dimensión relacionada con un conjunto de conocimientos de carácter técnico sobre conceptos y procedimientos que dan soporte a la tarea de cuidado, y una segunda dimensión relacionada con aspectos de comportamiento, a partir de las formas de actuar e interactuar con la persona en situación de dependencia y con sus familias.

La regulación se aplica a quienes se desempeñan en domicilios particulares sea de manera particular o a través de servicios domiciliarios públicos o privados. Se denomina cuidados domiciliarios al conjunto de servicios de apoyo sociosanitarios prestados a las personas en su hogar, insertos en su comunidad y conservando sus roles familiares y sociales, promoviendo la corresponsabilidad entre mujeres y varones, con el fin de mejorar su calidad de vida.

Los objetivos generales de la regulación son:

- La creación de un servicio de atención domiciliaria, que será prestado por personas que cuidan en domicilio.
- Legitimar y/o crear una fuente de trabajo para las personas capacitadas, de manera particular o en servicios públicos y/o privados.

Los objetivos específicos de la regulación son:

- Prevenir situaciones de exclusión social, evitando aislamiento y repercusiones negativas en áreas biológicas, psicológicas o sociales que ocasionan la institucionalización de personas dependientes.
- Mantener el bienestar físico, social y afectivo de las personas mayores y personas con discapacidad ambas situación de dependencia, a fin de que puedan permanecer en su hogar y su entorno mientras sea posible y conveniente, reintegrándose a las actividades de la vida diaria.
- Mejorar la calidad de vida de las personas dependientes, conservando su rol en el seno de la comunidad, para evitar la pérdida de autoestima y sentimiento de desvalorización que favorece el aislamiento.
- Garantizar el desarrollo infantil y recorrido hacia la autonomía en niños y niñas, en especial en sus primeros años de vida.

Los y las beneficiarias de la regulación son las personas mayores y personas con discapacidad, ambas en situación de dependencia, así como los niños y niñas que requieran asistencia para llevar adelante actividades de la vida diaria. Esto repercutirá en la calidad de vida y el proyecto de la familia y/o de los cuidadores y cuidadoras que han desarrollado la tarea hasta el momento, siendo beneficiarios indirectos.

Una de las líneas es reconocer la labor de la persona que cuida en domicilio, que podrá ser realizada por aquellas personas que acrediten poseer formación específica (de acuerdo a las características de la dependencia y su grado) o por haber completado y aprobado los cursos avalados por la Comisión Permanente de Formación de la Junta Nacional de Cuidados dependiente del MIDES.

La persona que cuida en domicilio debe ser mayor de 18 años, habilitada por autoridad competente, que presta el servicio de atención a una persona en situación de dependencia dentro de su hogar. Serán requisitos para el ejercicio de la actividad de cuidados en domicilio:

- Poseer documentación que lo o la habilite, expedida por el MIDES.
- Educación Media Básica completa, o realizar durante la capacitación la concreción de dicho nivel educativo.
- Certificado de buena conducta.
- Aptitudes psicofísicas para la tarea acreditada mediante certificado médico expedido por el MSP.

Son funciones esenciales de las personas que cuidan en domicilio:

- Apoyar al personal que atienda la salud de la persona en situación de dependencia, según las indicaciones y/o prescripciones que aquellos determinen.
- Evitar accidentes y facilitar las acciones de la persona en situación de dependencia.
- Observar y atender todo indicio de alteración de la salud física o mental del paciente bajo su cuidado, informando a quien corresponda.
- Ejecutar las medidas higiénicas, dietéticas y terapéuticas generales para las que se hayan habilitado, incluyendo la administración de medicación vía oral o de uso externo prescripto.
- Ejecutar o colaborar en la aplicación de técnicas recreativas, fisioterapéuticas y de laborterapia.
- Fomentar, sostener y articular las redes solidarias de apoyo a la persona dependiente en la comunidad y su entorno familiar que colaboren en la mejora de la autonomía y en la autodeterminación de los beneficiarios.
- Participar en cursos de actualización profesional para la atención, prevención, asistencia y educación de las personas dependientes y su entorno familiar.
- Acompañar y asesorar a las personas dependientes en la realización de todas las actividades de la vida diaria, incluida la realización de trámites, a solicitud, siempre que estén relacionados con las tareas antes señaladas.
- Realizar toda otra actividad que contribuya al bienestar integral de las personas dependientes.

Son obligaciones de las personas que cuidan en domicilio:

8. En este servicio se hará una mayor descripción de la regulación debido a que no existe hoy regulación alguna.

1. Llevar un registro escrito por cada persona en situación de dependencia.
2. Rendir cuentas de los gastos efectuados cuando se realicen compras.
3. Concurrir a los cursos de capacitación permanente que se dicten.
4. Velar por la salud de la persona a su cargo, aplicando todo lo prescripto por el médico tratante.
5. El cumplimiento de las obligaciones establecidas precedentemente deberá adecuarse a los requisitos que establezca la reglamentación.

Las y los cuidadores domiciliarios estarán obligados a efectuar las denuncias correspondientes en el marco de lo dispuesto por la Ley Nº 17.514, de Violencia Doméstica.

Para el ejercicio de actividad de cuidador domiciliario, se deberá inscribir previamente en la UTU/CENFORES –según corresponda– y realizar el registro correspondiente en el MIDES, quien dará la autorización otorgando la matrícula y extendiendo la correspondiente credencial. La matriculación en el MIDES implicará para el ejercicio del poder disciplinario sobre el matriculado y el acatamiento de este a los deberes y obligaciones establecidos por esta ley y las normas reglamentarias que se dicten. El MIDES ejercerá el poder disciplinario independiente de la responsabilidad civil o penal que pueda imputar a los matriculados. Las sanciones serán: llamado de atención, apercibimiento, suspensión y cancelación de la matrícula.

La remuneración mensual y horaria, las jornadas de trabajo, derechos y deberes de las partes, y todo lo relacionado con la relación laboral de los y las cuidadores/as domiciliarios deberán ser convenidas entre el trabajador y el empleador, de acuerdo a los montos y categorías establecidas. El MIDES será la autoridad de aplicación de esta regulación y podrá suscribir convenios con ONG o universidades vinculadas, a fin de establecer equipos técnicos necesarios para dar el seguimiento adecuado de los y las cuidadores/as domiciliarios.

Regulación laboral

Como se mencionó en la sección 2 de este capítulo, las personas que cuidan se insertan en un sector ocupacional heterogéneo y disperso, con diversidad de situaciones respecto a sus condiciones laborales, remuneración y organización colectiva, sin constituir un grupo gremial específico para las negociaciones colectivas.

Incorporar el concepto de trabajadores/as del sector cuidado permite visibilizar y jerarquizar este tipo de trabajo con especificidades y características propias, reconocer la diversidad de inserciones laborales y perfiles ocupacionales, así como reconocer la existencia de un marco conceptual común en cuanto a la existencia de relaciones de trabajo que implican una dimensión cognitiva y una dimensión emocional (Aguirre, 2013).

Escenarios sobre categorización laboral en el marco del SNC

En este apartado se plantean algunas posibilidades respecto a la regulación laboral de las personas que cuidan. Como ya fue señalado, hoy en día existen varias categorías laborales donde se encuentran las personas que se dedican a esta tarea. Ante esta situación, se plantean tres posibles propuestas.

La primera es crear un nuevo grupo de actividad del sector cuidados. El objetivo es darle valor y reconocimiento al trabajo de cuidado remunerado, apostar a la mejora de salarios y una adecuada capacitación. Implica igualar derechos y reconocimiento a trabajadoras y trabajadores que se encuentran en diferentes sectores de actividad. Esto implica, también, generar una mayor fortaleza al momento de negociar y mayor visibilización a nivel público y estatus social, lo que puede provocar el empoderamiento de las personas que trabajan cuidando. Una vez alcanzados los primeros objetivos, se podrán generar condiciones hacia una desfeminización del sector, apuntando a un cambio cultural.

La segunda propuesta implica categorizar, dentro del trabajo doméstico, las actividades que refieren al cuidado en domicilio y, dentro de los subgrupos 15 y 16 ("Servicios de Salud" y "Servicios de Enseñanza"), las actividades que refieren al cuidado de diferentes poblaciones fuera del hogar. Esta opción presenta la fortaleza de no invisibilizar a las trabajadoras domésticas dentro de las tarea de cuidados, reconociendo su doble función en el trabajo en domicilio, lo cual sucede en la mayoría de los casos. Sin embargo, esta propuesta no logra concretar la separación del sector de cuidados de los de salud y la enseñanza, dejando a las y los trabajadores de este sector asociados a las negociaciones de los otros subgrupos.

La tercera propuesta, complementaria a los otros dos escenarios, consiste en analizar la creación de un nuevo estatuto propio del/la trabajador/a de cuidado. Se podría crear o a través de una ley como la que se creó para el trabajo doméstico. Este estatuto daría un marco regulatorio común a todas las personas que cuidan. Podría contener al menos las siguientes definiciones:

- Concepto o definición de persona que cuida.
- En qué ámbitos se realiza el trabajo de cuidados (público y privado).
- Régimen mensual o por hora.
- Pago de horas extra en caso de que sea de régimen mensual.
- Descanso intermedio y descanso semanal.

- Compensación nocturna para quienes desarrollen tareas nocturnas.

En el marco de este escenario se podría promover la recomposición de los subgrupos que actualmente existen dentro de los grupos 15 y 16 e integrar en otros subgrupos a las trabajadoras que cuidan a domicilio y en su domicilio a este sector.

Este escenario requiere de un trabajo conjunto con la Comisión Tripartita y sus delegados, así como también con BPS para estudiar modalidades de formalización teniendo en cuenta las diferentes modalidades de cuidados. En la línea de la regulación de servicios y condiciones laborales, desde el MTSS se propone la clasificación de funciones a cumplir por los/as cuidadores/as, según los grupos de población alcanzados por el SNC y el tipo de prestaciones cubiertas como, por ejemplo, cuidado de primera infancia dentro y fuera del domicilio, etc.

Consideraciones generales

Calidad de los servicios

El SNC deberá promover y dotar los recursos necesarios para hacer efectivo un sistema de servicios sociales de calidad, garantista y con un horizonte de universalidad. Se deberán establecer a los prestadores de servicios sistemas de acreditación y monitoreo así como prever acciones en caso de incumplimiento.

Mecanismos de exigibilidad

Entender al SNC desde una perspectiva de derechos humanos tiene varias implicancias, entre ellas el diseño de mecanismos de exigibilidad, los cuales constituyen un proceso necesario para monitorear, revisar y adaptar la política pública y su forma de implementación a la luz de las normas internacionales de derecho, específicamente del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)*, la *Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (CERD)*, la *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW)* y los *Principios de Yogyakarta*.

Estos mecanismos deben permitir paralizar, modificar o rediseñar una política pública o social que esté o se crea que está vulnerando los derechos económicos, sociales o culturales. Tiene que contar con la función de revisar y medir el nivel de cumplimiento de sus propios objetivos y procedimientos; dando posibilidades reales de opinión, consulta y reclamo a las personas que están tanto por dentro como por fuera del SNC.

La necesidad de estas instancias y vías de reclamos es fundamental no solo a efectos de brindar información sobre una decisión, reparar un error o compensar una violación de derechos sino también para rectificar programas o medidas que puedan ser discriminatorias o violatorias de derechos humanos. Se deberá contar también con un mecanismo claro de información sobre quiénes y qué tipo de servicio serán brindados a través del SNC y en qué plazos.

Tanto para la información, la opinión, la consulta y el reclamo se deben contar al menos con tres canales diferentes de comunicación: personal (a través de las oficinas desplegadas territorialmente), por internet y vía telefónica. A estas vías podrán acceder tres públicos diferentes, las familias usuarias del SNC, los cuidadores y cuidadoras del SNC y las personas que hayan postulado y quedado por fuera de los servicios ofrecidos por el SNC.

Se debe contar con recursos humanos dedicados exclusivamente a garantizar una sistematización pormenorizada de todas las consultas que lleguen, se deben recabar algunos datos mínimos personales (identidad sexual, edad, ascendencia étnico-racial, lugar de origen de la demanda, población sobre la que reclama). Se deben tomar datos claros del tipo de reclamo: denuncia, consulta, solicitud de información, recomendación, solicitud de revisión de un proceso, etc. Dicha sistematización debe estar correlacionada con un sistema de información.

La consulta del tipo que sea debe tener una rápida respuesta en un plazo que sea preestablecido al momento de recibirla. Asimismo, en el momento de la consulta se le debe informar a la persona cuál será el procedimiento a seguir. Todas las consultas que tengan que ver con denuncias o solicitud de revisión de un proceso serán contestadas por escrito, ya sea a través de una nota o email en un plazo no mayor a un mes.

Se llevará adelante un registro público y sistematizado de las acciones que sean realizadas frente a esta instancia (denuncias, quejas, solicitudes, reclamos, recomendaciones) así como las decisiones tomadas al respecto de cada consulta, características de la población que las solicita, tiempo de respuesta, tipo de resolución, etc. Asimismo, se debe protocolizar la derivación para aquellas consultas que están directamente relacionadas con el SNC.

En el momento de la evaluación de los diferentes servicios que componen el SNC esta información será analizada en su conjunto y puesta a disposición del público en general. Si así lo amerita se utilizarán los medios establecidos para sancionar en el caso de cometer errores de procedimiento o información. Asimismo, en el caso de constatar cualquier error de diseño, este es un insumo a utilizar para rediseñar las políticas.

Sistema de información y evaluación

Se trabajará en la construcción de un sistema de información que acompañe y dé apoyo a los distintos componentes del SNC. Es pertinente señalar los tres objetivos/cometidos del sistema de información que se prevé desarrollar, a saber: contribuir a la gestión del SNC, apoyar al monitoreo y evaluación del SNC y sus componentes, promover la transparencia sobre las acciones del SNC y sus componentes.

El sistema de información podrá operar como una herramienta para la evaluación y el monitoreo de las actividades del SNC. Entre otras cosas, esto permite un monitoreo de los fondos, de la actividad de las empresas avaladas y de las actividades de capacitación.

El sistema tendrá en su sitio web todos los servicios de cuidados existentes en el Uruguay por población, georreferenciados en un mapa y con datos de cada uno. En continuidad con las tareas de monitoreo, esto permitirá contribuir a la evaluación de las acciones de los programas y de los resultados a que aspira arribar, así como para el rediseño de la política.

Contribuir a la gestión del SNC

En cuanto a las actividades de gestión, se pretende contribuir en la provisión de información oportuna y de calidad para los gestores del programa, sobre todo en términos de información relativa a cupos y servicios disponibles, registro y características de los prestadores; también en cuanto a registros de usuarios, sus características, los requerimientos de cuidados.

En el mediano plazo se prevé que el sistema de información opere como una la guía de recursos en torno a los cuidados, brindando información sobre cuidadores (formación, edades), prestadores de servicios (distribución geográfica, servicios que presta, cupos y, luego de las primeras etapas, evaluación de la calidad de los servicios) y recursos de formación disponibles.

Transparencia pública y participación

El sistema de información permite volver pública la información del programa en diversas dimensiones: en cuanto a los fondos públicos, a los servicios de cuidado, a las responsabilidades familiares y estatales y a los resultados de las políticas. Por otro lado, contribuye en el diseño y gestión de mecanismos de exigibilidad de los derechos de los usuarios a través de mecanismos de expresión de opiniones, consultas, quejas, denuncias y sugerencias. Finalmente, permite articular canales de participación de la sociedad civil. En continuidad con los ámbitos instituidos para el diseño de la política (debates), las instancias de participación pueden potenciarse con un sistema de información que releve estas y otras expresiones de participación de los usuarios y de la sociedad en su conjunto.

Determinación de un plan individual

Permite la atención adecuada a la situación de dependencia, a las redes de cuidado de la familia y a la situación socioeconómica. Es necesario regularizar y estandarizar los parámetros que se tomarán en cuenta para determinar las prestaciones que se brindarán a los usuarios en forma específica e individual, teniendo en cuenta el grado de dependencia, que determinará la necesidad de ayuda de otra persona, así como las redes de cuidados de la familia, la situación socioeconómica familiar y el ciclo de vida.

Registro Nacional de Cuidadores/as

El Estado brinda el registro a los/as interesados (personas o instituciones), quienes podrán acceder a través de una solicitud escrita que determina el perfil que desea. El registro estará organizado en base a los perfiles creados por los distintos subgrupos.

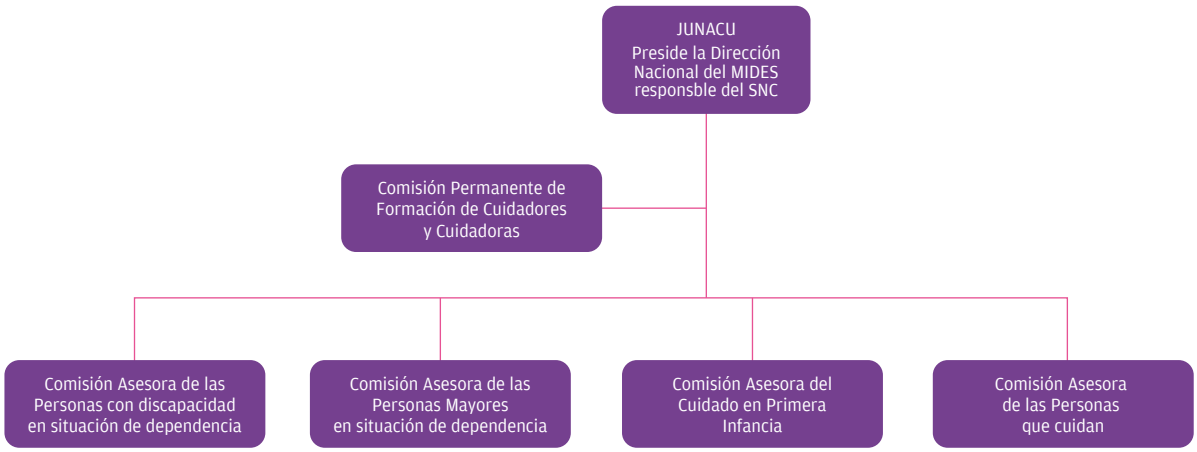
La transferencia de información no implicará responsabilidad para el Estado respecto a aptitudes y comportamientos de cuidadoras/es en el ámbito laboral. Se deberá capacitar y brindar herramientas a inspectoras/es del MTSS para la fiscalización de condiciones de trabajo dignas del sector que cuida así como de los derechos de quienes reciben cuidados.

En sintonía con esto, desde el MTSS se propone: dictado de normas que regulen el registro y la habilitación de las empresas o instituciones proveedoras de servicios de cuidado, así como la habilitación de los cuidadores (dependientes de las empresas e instituciones, o en su caso, por cuenta propia), y requisitos de calificación mínima requerida según función específica a cumplir por el cuidador. Vinculado con esto, dictado de normas que regulen las condiciones mínimas de prestación del servicio de cuidados, y las sanciones aplicables en caso de incumplimiento.

Institucionalidad

El MIDES será el responsable de coordinar el SNC a través de una Junta Nacional de Cuidados (JUNACU) integrada por todas aquellas instituciones con competencia en regulación/rectoría de programas y servicios de cuidados: MIDES, MSP, MTSS, MEC, MEF BPS e INAU. A fin de promover y monitorear la incorporación de la perspectiva de género en todo el SNC, la JUNACU incluirá entre sus miembros un/a representante de Inmujeres. La Dirección responsable del SNC del MIDES será la encargada de presidir la Junta y hacer cumplir las decisiones que allí se tomen tanto en materia de diseño como de implementación.

Gráfico 11. Junta Nacional de Cuidados



Asimismo, la Junta contará con comisiones asesoras integradas por los diferentes organismos encargados de prestar servicios directos a la ciudadanía, una por población objetivo del SNC, las cuales contarán con la participación de la sociedad civil organizada.

Para lograr esta distinción de cometidos entre la Junta y las comisiones asesoras será necesario avanzar en la distinción de estos roles –regulación y prestación de servicios– entre los organismos del Estado.

Otro de los desafíos que enfrenta el SNC es el administrar la interinstitucionalidad que implica. En este sentido, existen dos cuestiones fundamentales a ser trabajadas: por un lado, establecer qué servicios deben ser brindados por los prestadores de cuidados saliendo de la órbita de la salud, en el entendido de que la atención a la vida diaria de las personas dependientes requiere de una mirada social que hasta el momento ha estado ausente; y, por otro lado, hay un desafío de articulación necesaria de los diferentes organismos involucrados para mantener la visión sistémica a la que aspira el SNC.

La territorialidad y la proximidad son componentes fundamentales para el despliegue del SNC, que se articulará y apoyará en el segundo y tercer nivel de gobierno. La propuesta institucional incluye una Comisión Permanente de Formación de los Cuidadores y Cuidadoras, constituida por los organismos ejecutores y responsables de los cursos: ANEP-UTU, INAU-CENFORES y CFE-ANEP y demás organismos que son parte del SNC: MIDES, BPS, INAU, MTSS, MEC, MSP. La Comisión Permanente de Formación de Cuidadores y Cuidadoras será el instrumento para la articulación del SNF, integrado a la JUNACU.

Principales elementos del capítulo

El capítulo se centra en analizar la situación actual de la regulación, desarrollar el ingreso al SNC, la regulación de servicios, la regulación laboral, consideraciones generales del SNC e institucionalidad.

Se desarrolla el modelo uruguayo sobre el baremo que mide la situación de dependencia, que será el instrumento de ingreso al SNC para las personas con discapacidad y personas mayores en situación de dependencia. En el caso de la infancia el instrumento será relacionado a los ingresos, pudiendo hacer así un aumento paulatino de cobertura por edad.

Sobre la situación actual se realiza un repaso por población objetivo del SNC señalando aquellas cuestiones sobre las cuales es necesario trabajar. En el caso de primera infancia, el énfasis necesario es en el cuidado en domicilio. Mientras que en el caso de personas con discapacidad y personas mayores en situación de dependencia es necesario avanzar en ambas regulaciones dentro y fuera del hogar. Dentro de la población mayor en situación de dependencia vale destacar los avances que se dieron en el período 2010-2015 respecto a la regulación de hogares de larga estadía.

En lo que respecta a la regulación laboral, se plantean diferentes opciones que permiten homogeneizar pero también visualizar y dignificar la tarea de aquellas personas que se dedican a la tarea del cuidado de manera remunerada.

En este capítulo también se avanza en consideraciones generales del SNC, como calidad de los servicios, mecanismos de exigibilidad, sistema de información y evaluación, gestión del SNC, transparencia pública y participación, determinación de un plan individual y un Registro Nacional de Cuidadores/as.

Anexos del capítulo

Tareas referidas a los cuidados en domicilio

Es posible hacer una identificación de las funciones inherentes a la tarea de un cuidador/a domiciliario categorizándolas en cuatro competencias centrales:

- **Promoción**: identificar y optimizar las posibilidades existentes que presenta cada persona cuidada, promover acciones de estimulación que permitan o fortalezcan, según corresponda, la integración social a fin de lograr una mejor calidad de vida.
- **Prevención**: advertir y detectar de manera precoz aquellas situaciones que se presenten como mediadores y/o conducentes a deterioros en las personas que reciben el cuidado domiciliario.
- **Educación**: transmitir conceptos acerca de cuidados y autocuidados; proveer información sobre la disponibilidad y acceso de recursos existentes a nivel comunitario; incidir en la desmitificación de prejuicios y estereotipos.
- **Asistencia**: proveer apoyo y entrenamiento en el desenvolvimiento de las actividades de la vida diaria en aquellas personas que reciben cuidados.

Preparar y mantener el espacio y mobiliario domiciliario para mejorar la autonomía de la persona cuidada

Acciones preventivas de accidentes

- Conocimiento de normas de seguridad e higiene y de prevención de riesgos en el domicilio.
- Comprobación periódica, en el caso de uso de ayudas técnicas, de que respondan a sus necesidades y estén en condiciones de uso.
- Administración de medicamentos por vía oral y de uso externo, de acuerdo a las indicaciones y prescripciones establecidas por el profesional de la salud que atiende a la persona con dependencia.

Higiene, arreglo personal y del hábitat

- Preparación y mantenimiento del espacio y mobiliario implicado directamente a la persona con dependencia.
- Acondicionamiento de los espacios y el mobiliario, detectando las necesidades de la persona con dependencia.
- Fomento de la participación del usuario o usuaria en las tareas domésticas, para promover su autonomía y desarrollo personal.

- Detección de necesidades de organización de los espacios, para garantizar su funcionalidad y seguridad.
- Informe al usuario y cuidadores sobre las necesidades detectadas en la organización espacial de la vivienda.
- Orientación a la persona usuaria del servicio y cuidadores no formales sobre el uso de espacios y materiales de forma que favorezcan la autonomía.
- Acondicionamiento de la habitación y cama de la persona con dependencia.
- Participación en la higiene personal de la persona con dependencia, respondiendo a las tareas de baño, vestido. Secar y dejar en condiciones el baño posteriormente al aseo de la persona con dependencia.
- Lavado de la ropa de la persona con dependencia.

Preparación de alimentos. Ingesta asistida

- Comprobación de la existencia y estado de alimentos y enseres necesarios para la vida diaria, comunicando al usuario o usuaria y/o cuidadores o cuidadoras familiares las deficiencias detectadas.
- Aseo y limpieza de los enseres utilizados por el cuidador para la preparación de alimentos.
- Cumplimiento de las normas de seguridad e higiene para la manipulación y procesado de alimentos.
- Fomento de la participación del usuario o usuaria en el almacenamiento, aprovisionamiento y conservación de alimentos.
- Fomento de la participación del usuario o usuaria en el procesado y elaboración de platos.
- Preparación de alimentos exclusivamente a la persona con dependencia.
- Asistencia a la persona en la ingesta de alimentos.

Acompañar al usuario en la realización de gestiones para su desenvolvimiento diario y en el acceso a servicios y recursos comunitarios en función de sus requerimientos

- Fomento de la participación del usuario o usuaria en las actividades que promuevan su autonomía personal.
- Acompañamiento y asesoramiento en todas las actividades de la vida diaria.
- Acompañamiento al usuario en el desarrollo de las actividades necesarias para el desenvolvimiento cotidiano y en la realización de las gestiones necesarias en el ámbito personal, sanitario, entre otros.
- Creación de hábitos básicos de ocio y tiempo libre.
- Gestiones para potenciar la autonomía.

Acompañar al usuario en la realización de actividades de estimulación física, cognitiva, relacional y de ocio, en función de sus requerimientos

- Aplicación de estrategias de apoyo y desarrollo de habilidades que favorezcan su relación social.
- Ayuda en la realización de ejercicios de mantenimiento y entrenamiento que favorecen su estimulación física y cognitiva.
- Apoyo y desarrollo de habilidades sociales en situaciones específicas en domicilio y en el entorno (realización de paseos y salidas).
- Actividades recreativas y ocupacionales acorde a sus posibilidades.
- Difusión de acciones de promoción de la salud y reinserción social.

Establecer vínculos de participación con la familia, sensibilizándola en la cobertura de las necesidades básicas del usuario o usuaria para mejorar su calidad de vida.

- Comunicación a la familia de las necesidades básicas del usuario o usuaria.
- Comunicación a la familia sobre los derechos de las personas con dependencia.
- Comunicación a la familia sobre los servicios de rehabilitación y sociosanitarios en la comunidad para las personas con dependencia.

Especificaciones relacionadas con el "saber estar" del cuidador y la cuidadora a domiciliario

No son tareas del cuidador:

- Administrar bienes, propiedades y dinero.
- Administrar a su criterio sin supervisión médica o familiar medicamentos o sustancias.
- Realizar tareas de limpieza o mantenimiento del hogar que no estén directamente vinculadas con la asistencia de la persona cuidada.
- Cuidar a otros miembros de la familia, que no estén en el contrato de trabajo.

La persona que desempeñe tareas como cuidador domiciliario deberá poner en práctica las siguientes especificaciones:

En relación con la persona dependiente:

- Tratar con respeto, discreción y paciencia transmitiendo seguridad y confianza.
- Demostrar interés y preocupación por atender las necesidades de la persona con dependencia, manteniendo una actitud de escucha activa que facilite el entendimiento.
- Mantener discreción sobre las informaciones que atiende respetando al máximo su intimidad.
- Promover hábitos de vida saludables.
- Mantener una actitud de tolerancia hacia las costumbres, creencias, opiniones y ritmos de la persona con dependencia y su familia.
- Respetar y motivar la autonomía de la persona cuidada, fomentando que desarrolle sus capacidades y participación.

En relación con otros cuidadores/as:
- Mantener una actitud de amabilidad, conciliadora y de consideración hacia los cuidadores familiares.
- Tratar con paciencia y respeto.
- Promover en los cuidadores hábitos de vida saludables hacia la persona dependiente.

En relación con otros aspectos:
- Cuidar el aspecto y aseo personal.
- Ser puntual, no fumar, no utilizar elementos personales o familiares de la persona cuidado en beneficio personal (teléfono, computadoras, etc.).

Estrategia metodológica

La atención de cuidados en domicilio se desarrollará a partir de un protocolo de trabajo, el cual se diseñará teniendo en cuenta las siguientes dimensiones:
- Un equipo técnico interdisciplinario que tendrá la competencia de la aplicación del baremo para la definición de la persona en situación de dependencia.
- Evaluación de las condiciones de vida y nivel de dependencia de la persona que ingresa al programa y determinar un plan de actuación ajustado a las necesidades del usuario del servicio.
- Designación de un o una cuidadora domiciliaria con la definición de un plan de actuación.
- Definición de un contrato de servicio con la persona usuaria y su familia, que tenga en cuenta como elemento sustancial los siguientes puntos: identificación de la persona usuaria y del representante si lo hubiera, explicación de la propuesta de intervención, beneficios o ventajas esperados, expresión de libertad de elección de la persona o su representante, información suficiente y comprensible para quien otorga el consentimiento de recibir el servicio con la posibilidad de revocar el servicio con posterioridad.

Por su parte, la formación impacta directamente en las personas en situación de dependencia con el fin de poder brindar un servicio de calidad con que apunte a promover el desarrollo, la autonomía y la autodeterminación.

CAPÍTULO 8

Efectos

Introducción

En este capítulo se realizará una aproximación a los efectos que podría traer la implementación de un SNC en distintas dimensiones. Para esto, se realizó una revisión de estudios, bibliografía de evaluaciones de impacto de políticas similares aplicadas en otros países y desarrollos teóricos sobre los efectos esperados.

Se debe tener en cuenta que los resultados específicos de las evaluaciones de impacto tienen validez para el contexto donde se aplicó el estudio y no suelen ser fácilmente generalizables. De todas formas, resultan interesantes cuando son aplicadas en contextos similares al escenario nacional.

El capítulo se organiza de la siguiente manera. En primer lugar, se desarrollan los efectos esperados de prestaciones asociadas al cuidado sobre las personas involucradas en el SNC, tanto receptoras de cuidados como aquellas encargadas de brindarlos. En segundo lugar, se presentan estudios relacionados a la equidad de género, reflejada principalmente en la participación laboral femenina y las decisiones de fecundidad, la transformación cultural hacia una sociedad con mayor corresponsabilidad, y los efectos de estos dos puntos sobre indicadores macroeconómicos como la desigualdad, la pobreza y el bienestar de la sociedad. Por último, se describen los aportes de la literatura sobre cuidados y empresas.

Calidad de vida

La creación de un SNC tendrá efectos sobre la calidad de vida de las personas involucradas, tanto de las que son cuidadas como de las que cuidan. Esto es, de hecho, una de las principales razones por la cual se considera necesario diseñar un SNC: se espera generar mejores oportunidades de desarrollo de niñas y niños, promover la autonomía, mejorar la autoestima y la salud mental de las personas en situación de dependencia adultas mayores y con discapacidad, alivianar la carga de quienes hoy realizan cuidados –principalmente informales y no remunerados–, impactando en su salud física y emocional, entre otros. En esta sección se presentan algunos de los impactos que han sido estudiados en el ámbito académico sobre la calidad de vida de las personas con dependencia.

Primera infancia

Existen vastas investigaciones que analizan el impacto del cuidado infantil en diferentes dimensiones. Siguiendo a Cleveland y Krashinsky (1998), quienes hacen una revisión de estudios, se puede realizar el análisis considerando tres puntos relevantes: el impacto del cuidado en niñas y niños en general, el impacto diferencial de quienes parten de una situación de desventaja y el impacto de la variación de calidad de los servicios en los resultados.

Respecto del primer punto, varios estudios muestran un impacto positivo en el desarrollo cognitivo y del lenguaje, identificando la relación causal entre el cuidado externo y la probabilidad de desarrollo de capacidad cognitiva y neuronal (Bennett, 2008; National Research Council-Institute of Medicine, 2000; Clarke-Stewart y Fein, 1984; Belsky y Steinberg, 1978; citados en Rossel, Courtoisie y Marturet, 2010). Además, se encuentran estudios específicos para niñas y niños de 0 a 2 años de edad, donde se prueba este impacto del cuidado externo en el desarrollo cognitivo y del lenguaje.

Para el caso uruguayo, Aguilar y Tansini (2010) muestran una relación positiva entre la asistencia a educación preescolar y el rendimiento escolar en alumnos de escuelas públicas de Montevideo, a través de un estudio de regresión estimando por Mínimos Cuadrados Ordinarios, una aproximación a una función de producción y descomposición Oaxaca-Blinder. El efecto de la asistencia a educación preescolar es mayor en los años escolares que en el largo plazo, porque en el largo plazo, la interacción de otras variables compensan la no asistencia al preescolar.

Por otro lado, algunos estudios analizan el efecto del cuidado infantil externo sobre las habilidades no cognitivas, principalmente la integración social y la capacidad de autocontrol. Hayes, Palmer y Zaslow (1990, citado en Cleveland y Krashinsky, 1998), y NICHD (2001 y 2005, citados en Rossel, Courtoisie y Marturet, 2010) plantean que existen efectos favorables en el desarrollo socioemocional, teniendo mejores competencias sociales y mayor interacción con los pares. Por su parte, NICHD (1997, 1998 y 2003, citados en Rossel, Courtoisie y Marturet, 2010), encuentran que si el cuidado fuese de horario extendido o en servicios

de mala calidad, se hay una mayor tendencia a tener problemas de conducta, dificultades para desarrollar el autocontrol en el corto plazo (efecto que desaparece si se evalúa a los niños en la etapa escolar), y déficits en el apego. Estas situaciones ocurren específicamente en niños/niñas menores de 2 años.

Otros estudios (Anderson *et al.*, 1988; Bell *et al.*, 1989; NICHD, 2001, citados en Rossel, Courtoisie y Marturet, 2010) destacan que los menores de 2 años que asisten a servicios fuera del hogar son más proclives a tener enfermedades infecciosas (principalmente del oído, respiratorias y digestivas).

En segundo lugar, existen investigaciones que plantean que algunos impactos son de mayor magnitud (o más fuertes) al considerar niñas y niños que se encuentran en una situación de vulnerabilidad social y que operan reduciendo la brecha respecto a los resultados de quienes están en una situación más privilegiada. Esto se observa puntualmente para el caso de los resultados escolares en Uruguay (Banco Mundial 2007, citado en Aguilar y Tansini, 2010).

En este sentido, Mullin y Vairo (2014) realizan una evaluación del impacto de la expansión de plazas de preescolar en el desempeño educativo y en la desigualdad de oportunidades educativas. Los autores encuentran que la mayor oferta pública a nivel preescolar impulsada en el período 1996-2000 –que amortigua la importante falta de cobertura en este nivel– disminuyó la probabilidad de rezago y de deserción en la educación media en 4 y 5 puntos porcentuales, respectivamente. Además, la expansión de la oferta pública también impactó en una disminución de la desigualdad de oportunidades, es decir, en la incidencia de aquellos factores que no dependen exclusivamente de la voluntad del individuo. Los autores concluyen que *"la expansión en el acceso en etapas tempranas del ciclo educativo redunda en mejores desempeños en la trayectoria educativa posterior, a la vez que permite reducir una fuente de desigualdad considerada socialmente injusta, a saber, aquella que se desprende de factores ajenos a la voluntad individual"* (Mullin y Vairo, 2014: 108).

Finalmente, la mayoría de las investigaciones condicionan los impactos positivos del cuidado externo a ciertos estándares de calidad de los servicios: la calidad es un requisito para poder establecer las relaciones causales entre el cuidado externo y los efectos mencionados (Ahnert y Lamb, 2004; Belsky, 2005; Shonkoff y Phillips, 2000; Nyberg, 2004; Owen, 2003; Howes, 2003; citados en Rossel, Courtoisie y Marturet, 2010). Particularmente, NICHD y Duncan (2008) analizan el impacto de la calidad del cuidado en el desarrollo cognitivo de niñas y niños, encontrando resultados positivos, y aun mejores en situaciones de riesgo.

Marco Navarro (2014) marca la importancia de la calidad en los servicios, no solo por el hecho de que los efectos positivos del cuidado estén ligados a la calidad, sino también porque el acceso a estos servicios es un derecho y es un tema de igualdad en el presente y en el futuro de los niños y niñas. Martínez y Soto (2012; citados en Marco Navarro, 2014) indican que la calidad garantiza el impacto positivo del cuidado en el peso y la talla cuando incluyen componentes nutricionales, mejoras en la motricidad, en capacidades cognitivas, del lenguaje, socioemocionales y de adaptación al cambio, en el desempeño escolar posterior y en el empoderamiento.

La calidad del servicio suele evaluarse respecto a ciertos elementos estándares. Se distinguen dos grupos: los estructurales (requisitos del funcionamiento del centro y trabajo de cuidadores) y los procesuales (referidos a la implementación del proceso y la gestión). La autora categoriza los estándares en: dotación y calificación del personal (ratio cuidador/niño, estabilidad), contenidos pedagógicos, pertinencia cultural e inclusiva, materiales didácticos, mobiliario, infraestructura, seguridad en los centros, programas de alimentación y entidades fiscalizadoras.

Personas mayores y personas con discapacidad

No se encuentra una literatura tan desarrollada sobre el impacto en la calidad de vida en las personas mayores y con discapacidad de la implementación de un sistema de cuidados. Sin embargo, el ANCIEN Project analiza impactos de los servicios Long Term Care (LTC)[1] europeos en diferentes dimensiones. El *Working Paper 7* analiza el impacto en la calidad de vida aplicado a algunos casos particulares. La medición se realiza en base a tres dimensiones: (1) la probabilidad de que una persona reciba ayuda en caso de tener limitaciones, (2) la probabilidad de que esa ayuda sea satisfactoria, y (3) la diferencia en la satisfacción con la vida entre personas con y sin limitaciones (esta última pretende incorporar variables inobservables en las bases de datos). Siguiendo este razonamiento, se supone que si la oferta de servicios de cuidado es suficiente, su calidad es buena y los usuarios (personas en situación de dependencia) tienen una satisfacción con la vida similar a quienes no enfrentan esta situación, entonces la calidad de vida de los receptores de los cuidados brindados por el LTC será positiva. La dimensión más importante para aproximarse a la calidad de vida es el tercer punto, pero este está directamente influenciado por los dos primeros. A modo de ejemplo, se encuentra que Alemania tiene indicadores muy buenos en cuanto al alcance de su oferta, y menos satisfactorios en las

1. Estos servicios fueron desarrollados en el capítulo 6, "Financiamiento". Son programas principalmente expandidos en Europa que tienen como población objetivo a las personas en situación de dependencia (personas mayores y con discapacidad).

otras dos dimensiones. Holanda, por su parte, tiene resultados excelentes en la calidad del cuidado, y no tan positivos en las otras dos. Suiza, Bélgica y Francia tienen indicadores aceptables en las tres dimensiones.

Debe destacarse que el efecto en las personas con dependencia difiere según la política que se aplique. A modo de ejemplo, que el individuo se mude a un hogar de larga estadía no tendrá el mismo impacto que recibir ayudas en su propio domicilio. En el Capítulo 5, al mencionar las políticas propuestas para el SNC, se intenta acercar a cada persona la prestación que mejor se adapte a sus características.

Cuidadores

Finalmente, un SNC también repercute en las personas que cuidan. Este efecto es sustancialmente importante en quienes se encargan hoy en día de los cuidados de manera no remunerada (generalmente abuelas, hijas, hermanas, vecinas, o demás mujeres del entorno de la persona en situación de dependencia).

Pérez Salanova y Yanguas Lezaun (1998) analizan los cuidados informales a personas mayores en situación de dependencia. Allí se destacan las consecuencias que se generan en la persona que cuida por el hecho de cuidar; se le ha denominado "carga". Esta puede desagregarse en carga social, emocional, psicológica, etc. Woods (1996; citado en Pérez Salanova y Yanguas Lezaun, 1998) plantea que esta carga no es igual para todas las personas que cuidan, sino que cada uno puede adaptarse de manera diferente. Por ejemplo, si la dependencia es física, genera menor estrés que la dependencia de origen psíquico y, por ende, genera menos carga. Si la situación se presenta en individuos de un estrato socioeconómico bajo, estos tendrán menos recursos para afrontarla y se generará mayor carga en la persona que cuida.

Al ofrecer alternativas formales de cuidado, se aliviará significativamente la carga de quienes realizan hoy cuidados informales, dándoles la oportunidad de destinar parte de su tiempo a otras actividades, u ofreciendo mayores recursos para afrontar la situación.

Por otro lado, la calidad de vida de quienes cuidan y de quienes son cuidados se retroalimenta: una mejor calidad de vida de quienes cuidan hará que los cuidados que puedan brindar sean mejores, aumentando su calidad y teniendo mejores consecuencias en quienes los reciben.

Equidad de género

Un segundo elemento a tener en cuenta al estudiar los efectos posibles de las políticas de cuidado en términos de equidad de género es el modelo en el que estas se enmarcan. Políticas que tengan similares efectos en las personas que son cuidadas pueden diferir significativamente en cuanto a sus efectos evaluados según la perspectiva de género. Daly (2001) propone, por ejemplo, que las transferencias monetarias a quienes cuidan tienen impactos negativos en la equidad de género, pero positivos en cuanto a la legitimación del cuidado. Los servicios públicos tienen impactos positivos en ambos objetivos, mientras que las transferencias monetarias a la persona cuidada no tienen efectos definidos en ninguno de los dos y estos dependerán del diseño de las prestaciones.

En relación a este aspecto Salvador (2010: 102) señala: *"Es interesante resaltar que para promover la equidad de género en el desarrollo del sistema de cuidados la provisión de servicios por parte del Estado es un elemento central, así como la provisión de incentivos para el desarrollo de estos servicios por parte del sector privado. Pero, por ejemplo, la prestación monetaria no necesariamente contribuye con la equidad de género porque puede mantener a la mujer condicionada a su función de cuidadora, más allá que podría ser una forma de reconocimiento a la tarea que desempeña. Cuando la prestación monetaria está destinada a la persona cuidada es dudoso su impacto en términos de equidad de género porque depende del destino que se le dé a dicha prestación. Si contrata a alguien para que realice la tarea puede ser beneficioso, pero si hay una mujer en el hogar que la venía realizando en forma no remunerada y lo continua haciendo no genera ningún impacto"*.

Bajo esta perspectiva, las propuestas de prestaciones planteadas en el Capítulo 5 buscan impulsar la equidad de género, promoviendo los derechos de las mujeres y la corresponsabilidad en los cuidados.

En lo que resta de esta sección se buscará explicitar los efectos que estas prestaciones podrían tener en términos de equidad de género, tomando siempre como supuesto que son prestaciones que promueven la redistribución de las tareas de cuidado entre familias, Estado y mercado y entre mujeres y varones. Se analizarán entonces:

- efectos en autonomía, con énfasis en la autonomía económica y la autonomía física de las mujeres, ilustrando los conflictos entre la crianza, la participación laboral y la fecundidad;
- efectos en cuanto a una transformación cultural en términos de redistribución del trabajo dentro del hogar y de los modelos de parentalidad;
- efectos posteriores en el bienestar, pobreza y desigualdad.

Autonomía

De acuerdo con la definición de la CEPAL, el concepto de autonomía vinculado al género refiere a la capacidad integral de las mujeres de generar y controlar recursos propios,

tener control sobre el propio cuerpo y el acceso a la plena participación en la toma de decisiones que afectan tanto su vida individual como colectiva (CEPAL, 2010; 2012). En este sentido, define tres dimensiones de autonomía:

- autonomía en la toma de decisiones,
- autonomía económica, y
- autonomía física.

La primera dimensión de autonomía se relaciona con la capacidad de las mujeres para participar en los procesos de toma de decisiones, ya sea dentro del hogar como a nivel colectivo. Poder mejorar la capacidad de las mujeres en la toma de decisiones, adquiere especial importancia el ámbito de la familia y el hogar, ya que *"para comprender por qué persisten las desigualdades laborales, sociales y políticas es necesario impulsar cambios que permitan conciliar el trabajo en el mercado con el trabajo no remunerado y la vida familiar. Las mujeres de la región han superado sus ataduras excluyentes con el mundo doméstico, pero no han sido eximidas de esa responsabilidad. En todos los países la igualdad formal reconoce a las mujeres sus derechos de ciudadanía y permite su ingreso al mundo público en mayor igualdad, pero al no sancionarse la discriminación ni fomentarse la igualdad en la familia, el cuidado y la distribución del tiempo, el derecho a la ciudadanía no se ejerce plenamente"* (CEPAL, 2005).

La autonomía económica refiere a *"la capacidad de las mujeres de ser proveedoras de su propio sustento, así como del de las personas que de ellas dependen, y decidir cuál es la mejor forma de hacerlo. […] incluye el acceso a la seguridad social y a los servicios públicos. […] Se refiere al conjunto de condiciones relativas al acceso y capacidades que determinan la posibilidad real de una persona de ejercer sus derechos económicos y sociales. Por un lado entonces, se considera como punto central el grado de libertad que una mujer tiene para actuar y decidir sobre aspectos económicos y sociales de acuerdo con su elección, y por otro, en lo que respecta a la sociedad, implica favorecer el acceso a recursos, al empleo, a los mercados y al comercio en condiciones de igualdad"* (CEPAL, 2012: 53).

Finalmente, la autonomía física refiere a la capacidad de decidir sobre la vida sexual y la integridad física (CEPAL, 2010). Para efectivizar esto se torna fundamental el respeto hacia los cuerpos de las mujeres, lo cual implica la ausencia de la exposición a cualquier tipo de violencia, así como en la posibilidad de tomar decisiones respecto a su vida sexual y reproductiva.

En esta sección nos centraremos en la segunda y tercera dimensión: la autonomía económica, desde el punto de vista de la relación entre la participación en el mercado de trabajo y los cuidados, y la autonomía física, en relación a la posibilidad de decidir sobre la vida sexual y reproductiva y su relación con los cuidados. Luego, analizaremos lo relacionado al cambio cultural (sección 2.2), asociado a la dimensión sobre la toma de decisiones.

Oferta laboral y cuidado infantil[2]

Existe evidencia de que la necesidad de cuidados es uno de los factores determinantes significativos en las madres de niñas y niños pequeños al tomar la decisión de participar o no en el mercado de trabajo (ver recuadro). En este sentido, podríamos esperar que, al menos en los subgrupos donde la carga de cuidados es más fuerte, el SNC podría fomentar un aumento de la participación laboral femenina, o al menos liberar el tiempo que dedican hoy en día ciertas madres y que implica una restricción en su derecho de poder decidir si trabajar remuneradamente o no (puede no tener un impacto directo por la existencia de otras restricciones). En esta sección se retoman simulaciones *ex ante* y evaluaciones *ex post* de políticas públicas que, si bien son aisladas, pueden asimilarse a algunas de las políticas y objetivos propuestos en un SNC.

2. En esta sección nos enfocamos en la participación laboral femenina y el cuidado infantil, ya que es el campo más desarrollado en la literatura. Sin embargo, podemos esperar un trasfondo similar en la relación con las necesidades de cuidado de otras poblaciones, como las personas mayores o personas con discapacidad en situación de dependencia.

¿Cuáles son los determinantes de la participación laboral?

Espino, Leites y Machado (2009) analizan la evolución de la oferta laboral femenina y los factores que inciden en ella, principalmente en las mujeres casadas. Los autores encuentran que esta se ve afectada positivamente por los ingresos laborales que percibiría al salir a trabajar, los ingresos no laborales del hogar, los ingresos de la pareja, la edad, el nivel educativo, ser jefa del hogar y vivir en Montevideo. Sin embargo, inciden negativamente en la probabilidad de participar el tener hijos menores (siendo más fuerte cuanto más pequeños son los hijos). En cambio, para los hombres casados, el hecho de tener hijos pequeños aumenta la probabilidad de salir a trabajar.

Por otro lado, Araya et al. (2011) modelizan la relación entre la participación laboral y los factores que la determinan. Distinguen los modelos unitarios aquellos en que los individuos toman las decisiones de manera individual, y los modelos de negociación o sea donde los individuos toman las decisiones tomando en cuenta al resto de los miembros del hogar. Clasifican los factores en individuales (ingresos laborales, educación y experiencia), del hogar (ingresos no laborales, ingresos de otros miembros), demográficos (edad, región de residencia) y factores institucionales (patrones culturales, aumento de divorcios, presencia de hijos y sus edades). Nuevamente, encuentran que la presencia de hijos pequeños disminuye la probabilidad de que las madres se ofrezcan al mercado laboral.

Araya *et al.* (2011) plantean que cuidar a los niños pequeños y participar del mercado de trabajo remunerado parece prácticamente imposible. Las decisiones de participar en el mercado y del cuidado infantil son simultáneas: si la madre decide ocuparse deberá coordinar el cuidado de sus hijos. La presencia de hijos en el hogar aumenta el salario de reserva[3] de las madres. Esto puede explicarse por el aumento de su productividad en las tareas dentro del hogar, o porque disminuye el salario neto[4] (por tener que pagar por el cuidado externo). Siguiendo este segundo canal, si existiera oferta de cuidado externo a bajo costo el salario neto debería ser mayor o, dicho de otro modo, el salario de reserva de la madre no debería aumentar tanto, por ende aumentaría su probabilidad de participar en el mercado laboral.

Luego, los autores evalúan el impacto de distintos escenarios de ampliación de la oferta de servicios públicos en la participación laboral femenina, a través de un modelo de microsimulaciones, es decir, siendo una evaluación *ex ante* de la aplicación de la política. Los escenarios considerados son: (1) la eliminación de la restricción de acceso a centros de cuidado en niños de 0 a 3 años, (2) la eliminación de la restricción de acceso a centros de cuidado en niños de 0 a 3 años y la obligatoriedad de la asistencia a tiempo parcial en niños de 2 y 3 años, (3) la eliminación de la restricción de acceso a centros de cuidado en niños de 0 a 3 años y la obligatoriedad de asistencia a tiempo completo en niños de 4 a 12 años, y (4) la eliminación de la restricción de acceso a centros de cuidado para niños de 0 a 3 años, la obligatoriedad de asistencia a tiempo parcial de niños de 2 y 3 años y a tiempo completo para los de 4 a 12 años. Los resultados muestran que la participación laboral de las madres depende de las horas de asistencia a centros de sus hijos, por lo que la participación aumenta, y de forma cada vez más fuerte en cada escenario del (1) al (4). Por ejemplo, en el escenario (2) la participación femenina aumentaría en 2,2 puntos porcentuales y en el (3) en 4,3 puntos porcentuales. En el escenario (4), la tasa de actividad pasaría a ser de 70%, y el 88% de los niños irían a un centro de cuidado. Cuando las mujeres tienen hijos de 0 y 1 año, la participación laboral no tendría prácticamente modificaciones. El impacto de la oferta de servicios depende de las características de las madres. Las más beneficiadas serían aquellas cuyo hija o hijo más pequeño tiene 2 o 3 años, las del primer quintil de ingresos, las de menor nivel educativo, y las de hogares extendidos o compuestos. Es decir, los hogares de mayor vulnerabilidad social (Araya *et al.*, 2011).

Tenembaun (2011) realiza una evaluación ex ante sobre el impacto de dos políticas de cuidado infantil sobre la oferta laboral de los padres, la pobreza y la desigualdad en Uruguay, mediante microsimulaciones comportamentales5. La primera política consiste en una transferencia monetaria directa, y la segunda, en ampliar la oferta de servicios públicos. Sobre la participación laboral, la autora encuentra que las transferencias monetarias directas tienen un efecto negativo sobre las horas laborales de las mujeres, principalmente en las de menores ingresos, mientras que el efecto de la ampliación de oferta de servicios de cuidado infantil es positivo. Dentro del escenario de transferencias, para el caso de las cónyuges –es decir, madres que viven en pareja–, una política universal reduciría en promedio un 8,3% las horas de trabajo semanales, y una política focalizada en el primer quintil reduciría en 0,9% las horas promedio. Esta diferencia se debe a que en este segundo caso, el escenario base ya presenta menor participación laboral. En segundo lugar, al implementar la política de ampliación de oferta de cuidados, en el escenario universal aumentarían 6% las horas trabajadas respecto al escenario base, y 1,9% al focalizar la política al primer quintil. Al restringir el análisis a las cónyuges, aquellas del quintil más pobre aumentarían sus horas de trabajo semanales en un 9%.

Nollenberger y Perazzo[6] están evaluando el impacto de la expansión de plazas públicas preescolares para niños de 4 y 5 años que tuvo lugar en Uruguay a partir de 1995, sobre la asistencia a un centro educativo y el nivel de empleo de las madres. Resultados preliminares indican que la política de expansión de plazas incrementó la asistencia de niños de 4 y 5 años a un centro educativo, aunque la mayor asistencia a un centro público habría desplazado parcialmente la asistencia a un centro privado. En concreto, como consecuencia de la mayor oferta de plazas públicas, la asistencia total habría aumentado entre 15 y 20%, explicada por un aumento de entre 34 y 40% en la asistencia a un centro público y una disminución de 20% en la asistencia a un centro privado (efecto desplazamiento del sector privado al público). Las autoras no encuentran efecto de la política sobre el empleo en términos medios de las madres con niños en los tramos de edad afectados. No obstante, cuando los datos se desagregan por subgrupos, algunos en particular parecen haber incrementado su nivel de empleo como consecuencia de la política, como el caso de las madres de niños y niñas de 4 y 5 años en zonas que parten de baja cobertura, y en madres con calificación media (entre 9 y 12 años de educación). Este impacto es razonable, ya que se puede suponer que las madres de nivel educativo más alto ya tenían resueltas sus necesidades de cuidado en el sector privado, y las de nivel educativo más bajo, si bien encuentran una solución de cuidado y matriculan a sus hijos e hijas en la

3. El salario de reserva es el salario mínimo por el cual el individuo estaría dispuesto a trabajar.
4. El salario neto consiste en el salario bruto de las mujeres ocupadas en el mercado de trabajo menos el costo del cuidado externo que se incurre por participar en el mercado laboral.
5. Las microsimulaciones comportamentales son aquellas que simulan un cambio y miden su impacto en una variable de interés, incluyendo la posibilidad de que los individuos cambien su comportamiento a raíz del cambio (son dinámicas).
6. Se agradece la contribución de los resultados preliminares de la investigación que se está llevando actualmente a cabo.

educación preescolar, continúan enfrentando otros factores que también limitaban su participación.

Nollemberger y Perazzo realizaron también un repaso por la literatura internacional, donde encuentran que *"existe controversia en torno a qué políticas ayudan a conciliar los múltiples roles que han ido asumiendo las mujeres en la sociedad. Algunos estudios señalan que políticas como los sistemas de cuidado infantil o las leyes de licencia maternal funcionan como conciliadores en tanto, algunos tipos de programas de transferencias generan el efecto contrario reforzando los roles de género tradicional (Henau* et al.*, 2006). No obstante, el debate persiste. En efecto, mientras que algunos estudios encuentran que incrementar el acceso a servicios de cuidado infantiltiene un efecto positivo y significativo sobre el empleo de las madres (Schlosser, 2006 en Israel; Berlinski y Galiani, 2007 en Argentina; Lefebvre y Merrigan, 2008 y Baker* et al.*, 2008 en Québec, Nollenberger y Rodríguez-Planas en España; Del Boca y Locatelli, 2006 en Italia), otros estudios encuentran únicamente un efecto significativo sobre madres solteras y un efecto muy reducido o nulo sobre madres casadas (Cascio, 2009 en Estados Unidos, Goux y Maurin, 2010 en Francia; y Havnes y Mogstad, 2011 en Noruega). Finalmente, existe evidencia, aunque más escasa, de que no existen efectos de las políticas de cuidados sobre la oferta laboral. Un ejemplo es el trabajo de Fitzpatrick (2010), que no encuentra ningún efecto sobre la inserción laboral de las madres al analizar una política de subsidios al cuidado implementada en algunas regiones de Estados Unidos. Asimismo, aún entre aquellos estudios que encuentran que sí existe un efecto, la elasticidad estimada, medida en este caso como el aumento en el empleo de las madres por cada niño adicional cubierto por la política analizada, varía de 0,047 a 0,45"*.

Finalmente, Vairo (2014) realiza una evaluación de impacto de la extensión de la jornada escolar, a raíz de la expansión de las Escuelas de Tiempo Completo en Uruguay, sobre la participación laboral femenina. Se realiza a través del método de Variables Instrumentales. La autora encuentra impacto en el margen extensivo (la decisión de participar o no en el mercado laboral) y no en el margen intensivo (la cantidad de horas dedicadas al trabajo remunerado), diferenciado según grupos poblacionales. El impacto se observa en los hogares de nivel educativo medio, donde la participación laboral femenina aumenta 34 y 30 puntos porcentuales en la probabilidad de estar activas u ocupadas respectivamente. A su vez, encuentra impactos positivos sobre la participación laboral de las madres que no tienen hijas e hijos menores de 6 años, es decir, aquellas cuyo hijo o hija menor está en la etapa escolar.

Fecundidad y cuidados

En esta sección se profundiza sobre la relación entre los cuidados y la fecundidad, entendiendo esta como la cantidad de hijas o hijos que tienen las mujeres a lo largo de su vida reproductiva. Varios autores han profundizado en la contradicción creada en torno a intereses personales respecto al trabajo, formación y desarrollo profesional con las decisiones sobre la familia y las condiciones de cuidados (Peri y Pardo, 2008; Varela, 2007). La política que apunte a afrontar dicha contradicción debería favorecer las condiciones de reproducción, en tanto permitan conciliar el trabajo productivo con el reproductivo, es decir, conciliar ocupación con familia y reducir la tensión entre la maternidad y el desarrollo integral de las mujeres.

Se ha constatado la insatisfacción de las mujeres en relación a la cantidad de hijos y el calendario (la edad en la cual tienen sus hijos). Dicha insatisfacción es en ambos sentidos: mujeres y varones de estratos económicos más pobres tienden a tener más hijos de los que desearían y en edades más jóvenes[7], en tanto con mayor formación y condición socioeconómica más alta encuentran incompatibilidad entre la crianza de sus hijos, el trabajo y el desarrollo personal de las madres. En suma, las mujeres y varones de clase baja tienen más hijos de los que desearían, y los de clase media y alta tienen menos (Varela, 2007; Peri y Pardo, 2006).

Desde una perspectiva de derecho, una política que afecte la reproducción debería generar condiciones mínimas apropiadas para que mujeres y varones puedan elegir tanto la cantidad como el momento para tener hijos. Esta elección tomada sobre la maternidad y paternidad deseada no se limita a la gestación sino que implica tomar en cuenta un período de crianza adecuado y dedicación a la niña o niño. Siguiendo a Varela (2007: 46), es una cuestión de derechos que las personas no tengan que posponer o limitar su reproducción por tener condiciones limitadas para el cuidado. Las políticas relacionadas al cuidado vistas en esta perspectiva no persiguen influenciar el volumen, natalidad y fecundidad, sino incidir sobre la relación entre el número de hijos e hijas deseados y el número real, y atenuar el conflicto entre la vida productiva y reproductiva.

La autora plantea que se deberían incorporar medidas que permitan al menos: a) planificar la reproducción, b) disminuir las contradicciones entre maternidad y desarrollo personal de la mujer, c) impulsar una mayor equidad de género en la distribución de roles familiares.

La implementación de medidas conciliatorias en el caso de países de la Unión Europea ha permitido que las parejas y mujeres solas con hijos logren administrar mejor sus tiempos. La implementación de estas medidas también ha permitido que parte importante de la población alcance el número de hijas e hijos deseados en condiciones adecuadas y articulada a su vez con trayectorias laborales. La expe-

7. Existe una brecha entre sectores sociales en cuanto a fecundidad. En los hogares pobres la cantidad de hijos es mayor y la fecundidad adolescente sigue siendo alta. Esta situación puede interpretarse como una cara de la pobreza.

riencia de estos países muestra que no son suficientes los incentivos económicos para revertir las tensiones maternidad-trabajo, sino que se requiere un abordaje integral que incluya servicios de cuidado infantil que complementen la actividad de cuidado de los padres y madres para que estos puedan desarrollar su actividad profesional (RAND EUROPE, 2006; citado en Varela, 2007).

Baizan (2009) estudia el impacto del cuidado infantil sobre la fecundidad. En dicho estudio pretende probar la hipótesis de que la disponibilidad de cuidado infantil no familiar tiene efectos positivos sobre el nivel de fecundidad. Este estudio fue realizado para España entre los años 1990 y 2000. Los argumentos teóricos que explican la relación entre servicios de cuidado infantil y fecundidad apuntan a que estos servicios reducen el conflicto entre la participación en el mercado de trabajo y la crianza.

Desde una perspectiva economicista, la relación entre fecundidad y cuidado infantil tiene que ver con los costos-beneficios (Becker, 1981; Cigno y Ermisch 1989; Hotz, Klerman y Willis, 1997; citados en Baizan, 2009). El razonamiento es similar al explicado anteriormente sobre la probabilidad de participar en el mercado de trabajo: el mayor salario de las madres se asocia a una baja fecundidad ya que el costo-oportunidad de cuidar es elevado. En el caso de los padres sucede lo contrario: cuanto más alto es su ingreso, más positivamente se relaciona con la cantidad de hijos. Se entiende que la oferta de cuidados tendería a reducir el costo de oportunidad de crianza de los hijos, por lo cual impactaría positivamente tanto en la fecundidad como en el tiempo en el que se tienen los hijos. Es decir que, uniendo los dos aportes mencionados de esta perspectiva, la disminución del costo-oportunidad del cuidado incidiría en una mayor participación laboral femenina (por la caída de su salario de reserva) así como favorecería mayores niveles de fecundidad.

Desde una perspectiva sociológica, se hace hincapié en los nuevos arreglos de género sobre las decisiones de tener hijos en contextos de aumento de autonomía individual de las mujeres. En este contexto, las mujeres valoran positivamente tanto su participación en el trabajo remunerado como su rol maternal, lo que entraría en algún punto en contradicción debido al tiempo dedicado a una y otra tarea. En este caso la disponibilidad de servicios de cuidados, al suavizar dicho conflicto, se relaciona con el aumento de fecundidad. La aceptación de una nueva configuración en los roles de género es clave para el éxito de la mencionada relación, es decir, que en la medida que se acepte el cuidado no parental ni familiar como alternativo al cuidado de niños y niñas (alternativo a la crianza tradicional de la madre), la contradicción entre crianza y trabajo disminuirá, lo que también desembocaría en mejores niveles de fecundidad. De otra forma, la participación de la mujer en el mercado de trabajo dará como resultado la postergación y baja fecundidad (Lesthaeghe, 1995; Hakim, Pfau-Effinger, Pfau-Effinger, 2004; Bettio y Plantenga, 2004; Lewis 1998, 2004; citados en Baizan 2009).

Los resultados del estudio de Baizan muestran que la prestación de servicios de cuidado infantil en varias regiones de España entre los años 1990 y 2000 se relacionó positivamente con la fecundidad a nivel individual. Los resultados obtenidos en este estudio son consistentes con la hipótesis planteada, derivada de la perspectiva teórica del tema. Dicha hipótesis es explicada en parte por la reducción del conflicto entre el trabajo remunerado y crianza a través de la desfamiliarización de las tareas de cuidados. Por otra parte, se constató un mayor efecto en aquellas regiones donde la disponibilidad de oferta del cuidado infantil fue mayor y donde otras instituciones sociales y arreglos familiares son más sensibles a cambios en los roles de género y, en particular, donde la mayor parte de las mujeres participa en el mercado de trabajo.

Otro estudio empírico realizado en Estados Unidos por Blau y Robins (1989) profundizó en la relación entre fecundidad, empleo y costos de cuidado siguiendo una perspectiva economicista mencionada líneas arriba. El análisis empírico fue realizado en Estados Unidos entre abril y octubre de 1980 y abarcó 20 áreas geográficas de ese país, siendo relevadas solo las mujeres casadas. El modelo construido por los autores estima tasas de riesgo (tener hijos o entrada o salida del empleo) que suponen que dependerán del precio del cuidado infantil, tasa salarial de la mujer, los ingresos de la pareja y un conjunto de variables demográficas exógenas.

Del análisis empírico se desprende que el costo del cuidado infantil influye en tiempo de la fecundidad y en las decisiones de empleo:

- Los altos costos del cuidado incrementan la proporción de mujeres que dejan el empleo así como disminuye la tasa de mujeres que comienzan a trabajar.
- Los resultados alcanzados dependen del orden (el número del hijo) que se trate. En el caso de las mujeres desempleadas, la proporción que ingresan al mercado de trabajo remunerado y la cantidad de hijos tenidos disminuyen a medida que aumenta la paridez (orden de los hijos). De igual forma sucede con las mujeres empleadas, la tasa en que tienen hijos baja dependiendo del orden del hijo.
- Por otro lado, las mujeres que están desempleadas tienen tasas de fecundidad mucho más altas que aquellas que están empleadas (en todos los órdenes de nacimientos).

Blau y Robins encuentran matices según región y características sociodemográficas de la población. Algunos de estos resultados se refuerzan si se observan en grupos minoritarios de mujeres (afrodescendientes y de otras etnias) y según el nivel socioeconómico.

Del Boca (2001) realiza un estudio empírico sobre los efectos del cuidado infantil y las oportunidades de empleo en tiempo parcial sobre el nivel de empleo y las decisiones de fecundidad para el caso de Italia. Se analizó un modelo sobre oferta trabajo y fecundidad entre los años 1991 y 1995 usando datos de panel. Esta autora parte de observar una tendencia diferente a lo sucedido con frecuencia en los países industrializados, donde al mismo tiempo se da un aumento de la participación del mercado de trabajo de las mujeres y una disminución de la fecundidad[8]. En cambio, en Italia, se observa una caída importante de la tasa global de fecundidad pero el aumento del empleo en las mujeres (en particular de las mujeres casadas) ha sido modesto.

Una posible explicación de ese fenómeno (tanto en el caso del empleo como en el de fecundidad) tiene relación con la reglamentación en el mercado de trabajo italiano de los años 70 y 80. Si bien se han alcanzado muchos logros para los trabajadores y trabajadoras italianas a tiempo completo, se tornó difícil encontrar empleos a tiempo parcial, cuestión que trae un dilema para mujeres con hijos: trabajo completo en el día o dedicarse al cuidado de hijos. En este país, la tasa de actividad de las esposas con hijos es muy baja, en parte por esta razón. Las mujeres que dedican su tiempo a criar a sus hijos en el hogar también tienden a tener menos hijos, lo que se explica en parte por las características del mercado de trabajo. Dado que conseguir un primer empleo es difícil, se prolonga el tiempo viviendo en el hogar de los padres. Por lo tanto, el mercado de trabajo trae indirectamente –o directamente– grandes costos a las familias que desestimulan la fecundidad, incluso para aquellas madres que no trabajan.

Si bien en varias regiones de Italia pueden encontrarse servicios de calidad para el cuidado de niños, según esta autora, tanto los cupos como la extensión de horas de cuidado no son compatibles con empleos *full time*. Estos servicios pueden hacer reducir los costos directos de la participación femenina en el mercado de trabajo. En el documento se argumenta sobre la rigidez de algunas instituciones entre los factores que explican la baja participación y a la vez las bajas tasas de fecundidad observada en Italia.

Los resultados empíricos del estudio demuestran que el incremento en la disponibilidad de servicios de cuidados de niños y niñas (tanto en términos de cupo como en las horas provistas por día) y participación *part time* en el mercado de trabajo mejoran la posibilidad de trabajar y tener hijos. Estas dos decisiones parecen estar influenciadas por factores similares. Además del efecto de la oferta pública de cuidado y de la disponibilidad de trabajo *part time*, también la disponibilidad de apoyos en términos de transferencias y de apoyo familiar tienen su peso.

Neyer (2006) en su estudio sobre fecundidad y políticas familiares, advierte que el efecto de las políticas familiares (de cuidados, entre otras) no solo depende de su configuración sino también de la relación entre estas y las políticas de género y de empleo[9]. Para esta autora los estudios empíricos relevados dan resultados ambiguos en la relación entre las políticas familiares y los niveles de fecundidad, así como entre las políticas familiares y el empleo femenino. En el caso de Europa del Este, las relaciones mencionadas son más fuertes pero solo de manera temporal. Como ejemplo, en los años 90 se analizaron los casos de Suecia y Finlandia, que cuentan con oferta de cuidados similares en primera infancia, y las observaciones muestran que, si bien estos sistemas no incrementaron la fecundidad, sí ayudaron a mantenerla. En países como Austria, los servicios de cuidados para niños no han tenido efecto sobre los niveles de la tasa global de fecundidad (TGF), la cual descendió. Pero hay características diferentes entre los primeros países y Austria que probablemente hayan condicionado el éxito de las políticas familiares y de cuidados sobre la reproducción. En primer lugar, las medidas tomadas favorecieron a las mujeres que estaban en ese momento trabajando (previo al primer hijo) pero, a diferencia de Suecia, la tasa de participación en el mercado de trabajo de las mujeres austríacas es baja. Por otro lado, el nivel de beneficios y la oferta de cuidado infantil eran más bajos que en Suecia, diferenciando el impacto sobre la fecundidad.

Para esta autora, al analizar los resultados sobre fecundidad se debería tener en cuenta la interrelación entre oferta de cuidado infantil, niveles altos de beneficios familiares, licencias flexibles (materna, paterna y parentales) y políticas orientadas a la igualdad de género que podrían reducir el conflicto entre crianza y trabajo, fortaleciendo el reingreso de las mujeres al mercado de trabajo y facilitando la decisión sobre tener hijos (o más hijos). En otras palabras, en el caso europeo las políticas sobre empleo, equidad de género y apoyo a cuidados podrían conducir a mejores resultados sobre fecundidad que aquellas políticas específicas sobre fecundidad basadas solamente en políticas familiares.

8. En un estudio posterior sobre la relación entre las políticas de cuidados, fecundidad y género, Neyer (2006) analiza a mediados de los 90 un grupo de países donde se observan tasa de participación femenina alta y tasa de fecundidad global también altas. En cambio, a mediados de los 70, altas tasas de empleo en las mujeres tenían relación con bajas tasas de fecundidad.

9. Según esta autora, el efecto de las políticas de familiares sobre la reproducción y el empleo de la mujer depende de tres factores. El primero es que las políticas familiares afectan solo de forma indirecta; estas políticas pueden inducir cambios en el comportamiento que podrían provocar cambios en fecundidad y niveles de empleo. En segundo lugar, estas políticas familiares tendrían elementos que no son tenidos en cuenta que producirían diferencias en fecundidad y participación en el mercado de trabajo entre países con características similares. Por último, los indicadores utilizados para analizar estos fenómenos (tasa de empleo y tasa global de fecundidad) no son los indicados para analizar el impacto de políticas familiares sobre la fecundidad y el empleo de la mujer.

Transformación cultural

En segundo lugar sobre la equidad de género debemos revisar lo que tiene que ver con la transformación cultural en términos del trabajo dentro del hogar y de los modelos de parentalidad. *"La parentalidad o responsabilidades parentales se refiere a las capacidades prácticas y funciones propias de las madres y los padres para cuidar, proteger, educar y asegurar el sano desarrollo a sus hijos e hijas y otras personas dependientes"* (Barudy y Dantagnan, 2005; citado en OIT y PNUD 2013). Las políticas que se lleven a cabo deberán incentivar una parentalidad distribuida entre varones y mujeres pero, como toda transformación cultural, se trata de un proceso gradual.

Actualmente, las nuevas pautas de corresponsabilidad entre género están presentes en los discursos. Sin embargo, las encuestas de uso del tiempo en todos los países de Latinoamérica muestran que en la práctica la carga de trabajo no remunerado sigue siendo casi exclusivamente de las mujeres. Las políticas más presentes en la región latinoamericana son las focalizadas en los hogares de mayor vulnerabilidad, como las transferencias monetarias condicionadas, cuyo efecto en la equidad de género es muy discutido. La oferta de servicios públicos no es masiva sino hasta los 5 años de los niños y niñas. Antes de esta edad, las familias suelen arreglar los cuidados en el mercado, accesible para los hogares de mayores ingresos, o a través de arreglos informales, entre familiares y vecinos, en los hogares de menores recursos. Las políticas de conciliación con la vida laboral (fundamentalmente licencias) son las más expandidas. Su principal limitación es que están sujetas a los empleos formales, generalmente aun más restringidos a los asalariados y asalariadas, factor muy importante dado que en todos los países de América Latina y el Caribe las tasas de informalidad son muy altas y muchos trabajadores/as quedan por fuera del beneficio. Además, las legislaciones actuales no tienen una mirada de corresponsabilidad y género, sino que suelen centrarse en la licencia por maternidad, en el período de posparto y lactancia, y no enfocándose en la necesidad de cuidado de hijas e hijos.

Los países europeos son los que han demostrado mayores avances en la materia. En esta línea, la Directiva N° 96/43/CE, de 1996, de la Unión Europea incluye el permiso parental, fomentando la conciliación entre la vida laboral y familiar, y la corresponsabilidad dentro de las familias. Siguiendo a OIT y PNUD (2013), los modelos europeos pueden clasificarse en tres grandes grupos: *"i) el modelo nórdico, basado en la combinación de servicios de cuidados y permisos parentales; ii) el modelo centroeuropeo, cimentado en la asociación de permisos parentales y transferencias monetarias; y iii) el modelo francés, establecido sobre la conjunción de servicios de cuidados, permisos parentales y transferencias monetarias (Fernández Cordón y Tobío Soler, 2005)"*.

La experiencia hasta el momento ha demostrado un aspecto clave: el uso de los permisos parentales tiene una correlación positiva con la implementación de estímulos para la promoción de su utilización. Es decir: desde la política pública, los estímulos y campañas de sensibilización e información resultan claves para acompañar los cambios en las normativas. Las mujeres son quienes toman con más frecuencia la licencia parental, luego de la licencia maternal, ya que su utilización en los varones no es inmediata; como se mencionó anteriormente, se trata de un cambio cultural que se realiza en forma gradual.

Como ejemplo de la experiencia europea y del proceso que esto conlleva se toma el caso de Islandia. En los primeros años de implementación de la licencia parental, se incrementó gradualmente tanto la cantidad de hombres que la solicitaron como el número de días de licencia que usaron. La investigación de OIT y PNUD (2013) plantea que el uso de la licencia en los hombres depende del nivel de la prestación (se solicita más cuanto mayor sea el ratio de reemplazo del salario), la extensión y flexibilidad (si se puede fraccionar en distintos períodos, alternando la licencia entre ambos padres, y si su duración no es excesiva ya que de lo contrario limitaría la reincorporación al trabajo), la calificación y actividad laboral de la madre (se toma una licencia más corresponsable cuando ellas trabajan más y tienen mayor calificación), la ideología personal y el rol de los padres (si tienen actitudes más igualitarias), la calificación y actividad laboral del padre (más educados, mayores salarios y estabilidad en el empleo), el nivel de ingresos familiares y apoyo de las unidades productivas.

En el documento se propone que las políticas en pos de la corresponsabilidad de los cuidados desde el enfoque de la parentalidad deben fomentar una organización del trabajo en esa dirección, acordando los marcos legales a las recomendaciones y convenios internacionales, fortaleciendo la regulación del mercado laboral, fomentando el conocimiento y la sensibilización que promuevan un cambio de paradigma sobre el rol de los hombres en el cuidado, y promoviendo el diálogo social y las responsabilidades compartidas entre los actores de la sociedad.

Bienestar, ingresos de los hogares, pobreza y desigualdad

Si bien la pobreza suele medirse en base al ingreso per cápita de los hogares, existen muchos estudios y metodologías que incorporan otras dimensiones para operacionalizar este concepto. En este sentido, Inmujeres (2012) plantea la incorporación de la dimensión del tiempo a la medición de pobreza para el Uruguay.

La propuesta se justifica en el hecho de que las mujeres tienen mayores dificultades que los varones para ejercer la autonomía (conceptualizada anteriormente) y esto no se refleja en las mediciones de pobreza basadas en el ingreso.

Tampoco se reflejan las desigualdades a la interna de los hogares: por ejemplo, si uno de los miembros no recibe ingresos propios queda por fuera del análisis, caso muy frecuente en las mujeres en pareja. Por otro lado, la pobreza está vinculada a la restricción a la que se enfrentan las mujeres por tener que dedicarle su tiempo al trabajo doméstico y de cuidados familiares, y este trabajo –no remunerado– no está valorizado ni considerado en las mediciones de tiempo.

El concepto de pobreza de tiempo hace referencia a esta restricción generada por el trabajo no remunerado para poder realizar trabajo si remunerado u otras actividades, y que afecta de manera diferente a varones y mujeres. Las estimaciones realizadas por el MIDES para Uruguay muestran que 53% de las mujeres de 16 a 64 años son pobres de tiempo, mientras que este porcentaje es 11% en el caso de los varones. Si se analiza según otras variables, se observa que en todos los tramos de edad la pobreza de tiempo es mayor para las mujeres, aunque la mayor incidencia es a partir los 25 años. Según el estado civil, la incidencia más fuerte ocurre en las mujeres que viven en pareja confirmando así la existencia de la división sexual del trabajo.

En conclusión, siguiendo algunos de los aportes de la discusión del tiempo como dimensión de la pobreza, al aumentar la oferta de servicios de cuidado públicos está disminuyendo el tiempo dedicado al trabajo no remunerado dentro de los hogares, por consiguiente, disminuyendo la restricción o barrera a la realización de trabajo remunerado, incidiendo en una disminución de la pobreza tanto de tiempo como de ingresos.

Retomando el estudio de Tenembaum (2011) mencionado anteriormente, la autora analiza el impacto *ex ante* de las transferencias monetarias directas y de la ampliación de la oferta pública de servicios de cuidado infantil sobre la participación laboral, la pobreza y la desigualdad. Sobre los últimos dos puntos, encuentra que ambas políticas tienen un impacto significativo en la reducción de la pobreza y la desigualdad.

En cuanto a las transferencias, el efecto viene dado por el incremento del ingreso del hogar al recibir la transferencia y por el cambio comportamental en las horas trabajadas (este último contrarresta levemente el efecto causado por el aumento del ingreso). Los resultados obtenidos[10] muestran que la incidencia de la pobreza extrema disminuiría 23% tanto en el escenario universal como focalizado, la brecha disminuiría 27%, y la severidad 28,8%. En cuanto a la pobreza, la incidencia caería 1% en el universal y 0,7% en el focalizado, 3% la brecha y 5,3% la severidad. El índice de Gini caería 0,5%, y el ratio del percentil 90 sobre el percentil 10, caería 2,4%.

Al analizar la ampliación de oferta de servicios de cuidado, los resultados vienen dados por un incremento en la oferta, así como una transferencia monetaria indirecta, imputando el valor de mercado de lo que significaría acceder a estos centros. En este caso, la incidencia de la pobreza extrema disminuiría 29,7%, la brecha 32,2% y la severidad 34,4%. La incidencia de la pobreza caería 2%, la brecha 4,9% (y 4% en el escenario focalizado), y la severidad 7,6% (y 6,9% en el escenario 2). En cuanto a la desigualdad, el índice de Gini bajaría un 0,4%, y el ratio entre el percentil 90 y el percentil 10 caería 2,9%.

La autora concluye que la ampliación de oferta de servicios es una opción de política más eficiente, ya que si bien ambas reducen la pobreza, el impacto es mayor con esta política, además de que, como se dijo previamente, incentivaría una mayor participación de las mujeres en el mercado laboral.

Espino (2003) analiza el efecto de la participación laboral femenina en la distribución del ingreso. Este efecto viene dado por la contribución de los ingresos femeninos en el ingreso total de los hogares. Se calcula cómo esta contribución incide en la distribución de ingresos a través de índices de entropía[11]. Los resultados muestran que los ingresos laborales femeninos mejoran significativamente los ingresos de los hogares, y sumado a que la inactividad femenina es más fuerte en los sectores de menores ingresos, resulta importante que las políticas se orienten a favorecer el empleo femenino en estos sectores, mejorando la distribución del ingreso.

Por otro lado, Espino y Salvador (2013) discuten sobre el concepto de desarrollo humano en base a una perspectiva de género, y centran la atención en la importancia de la sostenibilidad de la vida humana para el desarrollo. Generalmente, se considera al desarrollo simplemente en base

10 La incidencia, brecha y severidad de la pobreza son los indicadores FGT (Foster, Greer y Thorbecke). La incidencia de la pobreza mide el cociente entre la cantidad de personas por debajo de la línea de pobreza (LP) y el total de la población. En tanto que la pobreza extrema es el cociente entre la cantidad de personas por debajo de la línea de indigencia sobre el total de la población. La brecha mide la proporción del ingreso faltante necesario para que quienes están por debajo de la LP, la alcancen. La severidad indica la desigualdad entre la población por debajo de la LP. El Índice de Gini y el ratio de percentiles son indicadores de desigualdad. El primero varía entre 0 y 1, donde el 0 representa una situación de perfecta igualdad de ingresos entre todos los individuos y el 1 representa una perfecta desigualdad (una persona tiene todos los ingresos y los demás ninguno). Por otro lado, los percentiles surgen de ordenar a todos los ingresos de los individuos de menor a mayor, y se dividen en partes iguales. Si se dividiera en 100 partes iguales, el percentil 10 representa la cantidad de personas que tienen hasta el 10% del total de ingresos ordenados, y el 90, la cantidad de personas que tienen hasta el 90% de los ingresos. El cociente entre ambos es una medida muy utilizada para la desigualdad.

11. El índice de entropía es otro indicador utilizado para medir la desigualdad.

a la economía "real" de mercado, a las tareas productivas, sin tener en cuenta que para que la producción se realice debe haber otra economía que la sostenga, de tareas reproductivas y de cuidado doméstico. La producción del mercado no podría sostenerse y reproducirse sin la existencia de una economía del cuidado (Carrasco y Tello, 2012). El mercado de trabajo se sitúa en el medio de las dos economías. El documento plantea que la visión tradicional del hombre que realiza tareas productivas y la mujer que realiza las tareas del hogar puede tener ventajas comparativas en el corto plazo, pero genera limitaciones estructurales en el desarrollo de largo plazo. El aporte fundamental de este marco teórico es el planteo acerca de cómo las sociedades organizan la relación entre el cuidado de sus miembros y el funcionamiento del sistema económico. Si el Estado interviene para garantizar una mejor distribución en la economía del cuidado, de las tareas reproductivas y productivas, la sociedad se estaría dirigiendo a una sociedad más desarrollada y equitativa.

Efectos en las empresas

Los cambios que se han producido en la estructura familiar, así como la creciente participación de las mujeres en el mercado laboral, han obligado a repensar las relaciones entre el tiempo de trabajo y cuidado de los niños y niñas en cada familia (Barcenas-Frausto, 2009). Estos cambios también tienen efectos sobre la actividad empresarial, ya que la conciliación del cuidado con los horarios laborales se vuelve un problema a resolver tanto para las familias como para las empresas. Estas se pueden ver beneficiadas en aquellos países en donde los cuidados de los niños son provistos o facilitados por el Estado. En caso contrario, las empresas se pueden ver perjudicadas por esta situación, si los y las trabajadores no logran resolver los cuidados de las personas en situación de dependencia, ya que esto afecta su desempeño laboral de manera negativa. El ausentismo e impuntualidad, la rotación de personal, los costos de contratación y la formación del nuevo personal son algunos de los fenómenos asociados a esta problemática.

Por estos motivos, la empresa puede tener incentivos para brindar apoyo a sus trabajadores y trabajadoras en la resolución de los cuidados. Los tipos de apoyo que puede brindar son: instalación de guarderías o salas de cuidado en el lugar de trabajo; convenios con centros de cuidado de la zona; pago de bonos, reembolsos u otra prestación monetaria; campamentos o centros de verano, entre otros.

Estas prácticas no se observan con la misma intensidad en todos los países. Las iniciativas empresariales se encuentran menos desarrolladas en aquellos países en donde el Estado provee alternativas para la resolución de los cuidados. En estos, la tensión entre los cuidados y la vida laboral encuentra otros ámbitos de resolución. Este parece ser el caso de los países nórdicos, por ejemplo. De cualquier manera, en aquellos países en donde la provisión pública de los cuidados no se encuentra desarrollada, no se cuenta necesariamente con la iniciativa empresarial para resolver esta problemática (Hein y Cassirer, 2010).

A continuación se describen los efectos positivos que tiene la provisión de los cuidados para las y los trabajadores en la empresa sobre esta última.

Mejora de la productividad

Existen diversos mecanismos por los cuales la productividad de las empresas puede aumentar debido a la provisión de servicios de cuidado para sus trabajadores y trabajadoras. Por un lado, al facilitar la conciliación entre la vida doméstica (cuidado) y la vida laboral, se constata un fortalecimiento del vínculo entre la empresa y las/los trabajadores, por lo que este puede sentirse más a gusto con su lugar de trabajo, lo que impacta positivamente en su rendimiento (Hein y Cassirer, 2010).

Otro impacto sobre la productividad es la tranquilidad que sienten madres y padres al trabajar sabiendo que sus hijos/as se encuentran bien cuidados/as. Se reduce el estrés, y esto se incrementa aun más en los casos en que la empresa tiene un centro o sala de cuidado en el lugar de trabajo. La evidencia internacional muestra que los padres y las madres en estos casos tienen mayor tranquilidad por tener a sus hijos/as cerca, ya que pueden realizar visitas en el horario de almuerzo y acudir rápidamente en situaciones de emergencia. Además, es particularmente importante cuando las madres se encuentran en el período de lactancia.

Veamos a continuación algunos ejemplos de esto. En el complejo industrial de Peenya, en India, participan cerca de 5.000 empresas con un número total de trabajadores y trabajadoras que ronda los 500.000. Dentro de este, se construyó un edificio para brindar cuidado de los hijos/as de las trabajadoras principalmente[12]. Uno de los motivos por los cuales los empleadores de las industrias que conforman esta zona industrial se vieron motivados a abrir este centro es para mejorar la productividad de las empresas (Hein y Cassirer, 2010).

En el caso de Magyar Telekom, empresa de telecomunicaciones de Hungría, se observó que el personal concurría con sus hijos/as al lugar de trabajo, facilitando el acceso a los cuidados para los padres y madres. La estrategia se compuso de un centro de cuidado en la empresa, así como plazas en centros cercanos a la fábrica y campamentos de ve-

12. Participan muchas mujeres en la zona industrial de Peenya, integrada por muchas empresas textiles donde predomina la mano de obra femenina. También cabe destacar que los cuidados de los niños recaen principalmente sobre las mujeres en este tipo de sociedades.

rano. Una vez resuelto este problema, las y los trabajadores se focalizan en el trabajo durante su jornada laboral y mejoran el rendimiento, ya que resuelven la problemática del cuidado (Hein y Cassirer, 2010).

Otro ejemplo de mejora en la productividad de la empresa se verifica en el caso de las mujeres que acuden al lugar de trabajo hijos/as y deben cargar con ellos/as al momento de trabajar. Esta situación resulta frecuente en países menos desarrollados. De acuerdo a lo relevado en el libro de la OIT (Hein y Cassirer, 2010), en la plantación de café de Socfinaf Co. LTD, en Kenia, los empleadores abrieron un centro de cuidado para niños y niñas de las trabajadoras de la plantación. Antes de que existiera el centro, estas recogían la cosecha con el niño/a en sus espaldas, lo que dificultaba su trabajo. A partir de la apertura del centro, las mujeres pudieron trabajar con mayor comodidad y, por ende, aumentar la productividad en las cosechas. También mejora la remuneración de las mujeres en estos casos, ya que la empresa les paga bonos por productividad (Hein y Cassirer, 2010).

Reducción del ausentismo

El ausentismo y los retrasos en la entrada del lugar del trabajo son fenómenos comunes cuando las personas no puedan resolver el cuidado de las personas en situación de dependencia que tengan a su cargo. Generalmente suceden cuando los hijos/as se encuentran enfermos y no se cuenta con la posibilidad de solucionar el cuidado en el entorno familiar u otros. Ante esta situación, estos no tienen otra alternativa que faltar a su lugar de trabajo.

El ausentismo se materializa en fenómenos pocos deseados para las empresas, como las faltas al lugar de trabajo sin previo aviso, el aumento del número de días libres pedidos o el incumplimiento del horario de la jornada laboral, ya sea por llegadas tarde o por el retiro antes de tiempo del lugar de trabajo. Estos sucesos se traducen en pérdidas para las empresas debido a la reducción de las horas trabajadas, por lo que ha sido un impulso para facilitar los cuidados de los hijos de las y los trabajadores, u otras personas que se encuentren en situación de dependencia.

A esta conclusión han llegado algunas empresas tras observar estos fenómenos. Por estos motivos, resolver los cuidados de los familiares en situación de dependencia de los trabajadores/as mejora la situación de ausentismo e impuntualidad en las empresas. La resolución de esta problemática trae ganancias para la empresa, ya que provoca un aumento en la productividad de los trabajadores y trabajadoras mediante la mejora en la regularidad laboral.

La evidencia empírica muestra que en la empresa Red Land Roses, de Kenia, las faltas no previstas se redujeron en un 25% una vez que se abrió la guardería en el centro de trabajo (Hein y Cassirer, 2010). En la empresa de Nong Nooch, de Tailandia, sus directivos, si bien no disponen de cifras al respecto, han experimentado una reducción en el ausentismo de sus trabajadores/as con la resolución de los cuidados En IBM Hungría, la empresa dispuso de cuidadores/as en el en el hogar para quienes necesitan cuidado de emergencia ante, por ejemplo, la enfermedad de sus hijos/as. De esta manera, se logra que asistan a trabajar en vez de ausentarse para cuidar a sus hijos/as en el hogar. Esta resulta una solución para ambas partes: el personal no tiene que preocuparse por la resolución del cuidado en esa contingencia y, simultáneamente, la empresa logra reducir el ausentismo e impuntualidad, garantizando el cumplimiento de la jornada laboral.

Atracción de nuevos/as trabajadores/as y retención del personal

En contextos donde la mano de obra escasea para las empresas o existe una fuerte competencia entre las empresas para captar a los/as mejores trabajadores/as, principalmente en aquellos puestos de trabajo donde se necesita mano de obra calificada, la provisión de cuidados por parte de la empresa puede ayudar a puede ayudar en la elección del lugar de trabajo en la elección de su lugar de trabajo. Algunas empresas han reconocido este fenómeno como un elemento importante que se analiza al decidir sobre el puesto de trabajo al cual postularse.

Así, las empresas pueden ofrecer soluciones para los cuidados, persiguiendo un doble objetivo. Por un lado, lograr retener al personal y evitar así una alta rotación. Este fenómeno tiene costos asociados a la formación y la contratación de nuevos/as trabajadores/as, así como a la productividad, ya que pasa un tiempo entre que la persona ingresa y se adapta al nuevo puesto de trabajo. Esto resulta un problema particular en el caso de aquellas empresas que tienen una gran cantidad de mujeres en su plantilla, quienes, al momento de tenr hijos/as, pueden decidir volver o no a la empresa en función de las soluciones que ésta le pueda brindar sobre los cuidados. Un estudio sobre el banco HSBC en Inglaterra reafirma esta posición. Es más probable que una mujer vuelva al mismo trabajo tras su licencia maternal en una empresa que brinda soluciones sobre los cuidados que en otra en donde se encuentre con menos facilidades para esto (Hein y Cassirer, 2010).

Por otro lado, estas medidas favorecen la atracción de trabajadores/as con una mayor calificación. De la misma manera que para quienes ya se encuentran en la empresa, estos pueden decidir entre una empresa u otra en la medida que les provean servicios de cuidado o no. Por ejemplo, la empresa farmacéutica Medley, de San Pablo, instaló una guardería en el centro, de forma tal de atraer a trabajadores/as talentosos para la empresa, y la consideran como uno de los

mejores lugares para trabajar. Este objetivo también lo tienen empresas como IBM, Gedeon Richter PLC, BMW Sudáfrica y la Academia de Ciencias en Hungría, que emplean mano de obra calificada, en sectores con alto contenido tecnológico o de conocimiento (Hein y Cassirer, 2010).

Mejora de la imagen corporativa de la empresa

En un contexto de fuerte competencia entre las empresas, donde cada vez toma mayor importancia el concepto de responsabilidad empresarial, facilitar los servicios de cuidado por parte de las empresas a sus trabajadores refuerza la imagen corporativa de esta, tanto hacia afuera como hacia adentro. Una empresa que brinda servicios o apoyo a los cuidados para el personal mejora su imagen corporativa, fenómeno que puede acercar a nuevos clientes y posicionarla de forma más sólida en los mercados.

Por otra parte, muchas directivas de empresas son conscientes de que la mejora de la imagen de la empresa hacia adentro trae importantes beneficios. Buscar soluciones en los cuidados forma parte de acciones que puede tomar la empresa para fomentar un ambiente de trabajo más ameno. Un ambiente laboral ameno mejora el compromiso del personal con la empresa, al sentirse satisfecho por trabajar en un lugar donde se preocupan por la resolución de sus problemas domésticos. Esta mejora en el ambiente laboral repercute en la productividad de las y los trabajadores. Resulta más productiva la labor de una persona que se siente conforme en su lugar de trabajo, respecto a otra que no se encuentra conforme con el ambiente laboral de su empresa.

Existe cierta evidencia empírica al respecto, por ejemplo, en Chile el centro comercial Plaza Mall ofrece de manera gratuita a sus trabajadoras un programa de cuidados infantiles, el cual es concebido en un marco de responsabilidad social empresarial por parte de la empresa. Esta política refuerza la imagen corporativa de la empresa de acuerdo a la consideración de la dirección. En el caso del Parque Científico y Tecnológico de Rennes, en Francia, la empresa considera que brindar servicios de cuidado para el personal no solamente contribuye a mejorar la imagen pública de la empresa sino también a reforzar el compromiso de los trabajadores con ella. Por último, en el caso de BMW de Sudáfrica la empresa siente que tiene una responsabilidad corporativa sobre la educación y el cuidado de los y las hijos/as de sus trabajadores/as, ya que tiene un personal más comprometido con a partir de la instalación de los centros infantiles (Hein y Cassirer, 2010).

Distribución del gasto

La implementación de programas y servicios en el marco del SNC implicará un importante esfuerzo económico, tal como se mencionó en el Capítulo 6, alcanzando cerca del 1% del PIB en la segunda etapa de implementación. Parte importante del gasto será responsabilidad de fondos públicos; no obstante, tal como fue mencionado, el gasto estimado podría ser inferior al costeado. Varias son las razones que harían válida esta presunción.

Por una parte se supone un ahorro del gasto público, ya que se buscará fuentes alternativas de financiamiento que cubran el total del gasto, pero a su vez se liberará el presupuesto asignado a cubrir las prestaciones actuales relacionadas al cuidado. A su vez estas prestaciones podrán continuar, ser modificadas o sustituidas[13].

Hay una diferencia sustancial entre el gasto realizado actualmente y el gasto con un sistema integrado de cuidados que tiene en cuenta la situación de dependencia de las personas y que, más allá del aumento debido a las nuevas prestaciones, imprime un salto en eficiencia. El presupuesto actual dirigido a prestaciones asociadas al cuidado obedece a otros factores que no tienen que ver necesariamente con la situación de dependencia de una persona, sino a otros factores (como la pertenencia a determinado colectivo, por ejemplo). En cambio, el gasto luego de la implementación del SNC, traducido en acciones y prestaciones concretas y articuladas, reconoce la dependencia, su severidad y circunstancias así como los derechos adquiridos por las personas.

Además, el SNC implicará mayor racionalidad y eficiencia del gasto en salud. Las prestaciones que atienden situaciones de dependencia crónica son insuficientes en la actualidad, son servicios que se complementan u operan como etapas intermedias (hogares de larga estadía, viviendas tuteladas o cuidados en domicilio) y, en parte, son sustituidos por el servicio sanitario, que no está correctamente preparado para la atención de estas situaciones, ni le corresponde hacerlo. En este sentido, habrá un ahorro dado que con el SNC se reducirá la estancia promedio de los pacientes en los establecimientos de salud[14]. En el marco demográfico actual y especialmente futuro, donde se espera el aumento de la dependencia causada por el envejecimiento de la población y por ende el aumento de la población de avanzada edad, tiende a aumentar el coste oportunidad de la no instauración del sistema, dadas las presiones sobre el sistema

13. En el marco de prestaciones universales, como por ejemplo centros de cuidado para primera infancia, algunos programas focalizados a las situaciones de mayor vulnerabilidad social podrían ser sustituidos. En el caso del Plan CAIF, este se generalizará (al menos habrá institutos con similar modelo de gestión). Prestaciones como los bonos de cuidados podrían mantenerse para aquellos casos donde la oferta pública no tenga alcance suficiente. En el caso de las personas mayores, los bonos para atención en hogares de larga estadía podrían sustituirse dado la ampliación de oferta suficiente.
14. La estancia de personas en hospitales con dependencias crónicas implicaría un coste mayor en comparación a su estancia en servicios especializados en cuidados dado que estos últimos son servicios menos caros que los primeros.

de salud de esta población (Libro Blanco de los cuidados en España, 2004).

Por otra parte, se tendrían que considerar algunos ingresos fiscales, que reducirán el gasto neto del SNC, es decir, el gasto total costeado menos los ahorros e ingresos fiscales producidos. La creación de nuevos puestos laborales, dada la creación o fortalecimiento de este sector de actividad, implicaría en algunos casos la sustitución de transferencias de rentas por ingresos derivados del trabajo. También se podrá experimentar un aumento en la recaudación[15] producto del incremento del consumo impulsado por los nuevos trabajadores del sector, así como el de aquellas personas beneficiarias del sistema, redistribuyéndose el gasto, entre familias, mercado y Estado. Para aquellas familias que solucionan en sus hogares o compran en el mercado estos servicios, implica un ahorro privado, que en parte se puede canalizar a los fondos públicos vía impuestos.

La existencia de propuestas de cuidado para niños y niñas genera retornos económicos y sociales tanto para ellos y sus familias así como para la sociedad en su conjunto. En una perspectiva de mediano y largo plazo, el incremento en la cobertura en educación, o dicho de otro modo, la inversión en niños y niñas en relación al cuidado[16] tiene beneficios para los actores mencionados (Gordon y Krashinsky, 1998).

Ejemplo de esto es el estudio realizado por Gordon y Krashinsky (1998) para el caso de Canadá, donde presentan los fundamentos económicos de la inversión en cuidados infantiles de calidad: licencias y cuidado infantil en instituciones en niños y niñas de 2 a 5 años. El punto de partida de estas investigaciones sería asumir que el gasto en educación en primera infancia es tan productivo como el realizado en educación en los últimos años. Para estos autores, el costo actual de un año adicional de educación puede ser una estimación a la baja del valor de las inversiones en educación. Estiman que la rentabilidad anual para la sociedad de esta inversión en educación, sin tomar en cuenta los retornos privados de la mejora en los ingresos de las personas, ronda en 11,9% para varones y en 9,1% en mujeres. Esto sugiere que el dinero gastado en el aumento de los años de educación puede ser una buena inversión desde el punto de vista privado y social. Calculan que el coste adicional neto de los programas de cuidado infantil ronda los 5,3 mil millones dólares por año y el valor de los beneficios adicionales a los niños y padres en alrededor de 10,6 mil millones dólares por año en Canadá.

Para estos autores, el beneficio de brindar servicios de educación de buena calidad para niños y niñas se acumula, beneficiando en primera instancia a los mismos niños y niñas, a sus padres y a través de ellos a la sociedad en su conjunto. Se da una mayor cohesión social, un mejor desarrollo cognitivo y del lenguaje que resulta en un mejor rendimiento educativo. Este mejor desempeño conducirá a un aumento de los ingresos, a una mayor probabilidad de conseguir un empleo y a una mejor salud. El impacto para la sociedad en su conjunto se traduce en mayor productividad y generación de ingresos fiscales, disminución del gasto en salud y de costos en términos de transferencias sociales a la ciudadanía.

15. Este aumento en la recaudación se puede canalizar vía impuesto al consumo o vía impuestos a los ingresos personales, si es que correspondiera (IVA e IRPF).
16. Los documentos citados hablan tanto de instituciones como de licencias paternas, maternas y parentales.

Principales elementos del capítulo

La implementación de un SNC como se ha pensado puede llevar a muchas consecuencias, algunas esperadas y otras no tanto. Luego de una revisión de la literatura, los efectos que podemos esperar del SNC son:

- Mejora en la calidad de vida
  - de las niñas/os, con la condición de la calidad del cuidado (condicionado a la existencia de cuidados de buena calidad), y con efectos de mayor magnitud en los estratos socioeconómicos más bajos. Efectos positivos: en el desarrollo cognitivo y del lenguaje, en la asistencia y rendimiento escolar, en habilidades no cognitivas como la integración social y la capacidad de autocontrol, desarrollo socioemocional y competencias sociales. Sin embargo, un efecto no deseable sería la mayor probabilidad de contraer enfermedades infecciosas (auditivas, respiratorias y digestivas);
  - de las personas mayores y con discapacidad en situación de dependencia, ya que se logra mayor satisfacción con la vida;
  - de las personas que cuidan, disminución de la carga (social, emocional, psicológica) de quienes lo hacen de manera informal y no remunerada.

- Equidad de género
  - Aumento en la participación laboral femenina, principalmente en los hogares de los estratos socioeconómicos más bajos.
  - Aumento de la dedicación horaria en el mercado laboral de las mujeres (en el caso de aumento de la oferta de servicios públicos, no necesariamente en el caso de transferencias monetarias).
  - Avance en la transformación cultural hacia una sociedad con mayor corresponsabilidad y posibilidades de conciliación de la vida doméstica y laboral.
  - Disminución de la pobreza y de la desigualdad, dado por el aumento de la participación laboral femenina (contribución del ingreso femenino al total de ingresos del hogar) y por la disminución de la pobreza de tiempo ya que baja la carga del trabajo no remunerado que limita la realización de tareas remuneradas y de uso del tiempo libre.
  - Mayor tasa de fecundidad: mayor conciliación laboral que permita a las mujeres y varones elegir cuándo y cuántos hijos tener.

- Efectos de la provisión de servicios de cuidado desde las empresas:
  - mejora en la productividad.
  - Reducción del ausentismo.
  - Atracción de nuevos trabajadores y retención del personal.
  - Mejora de la imagen corporativa de la empresa.

- El gasto público en cuidados está matizado por:
  - El ahorro que se produciría dado el financiamiento del SNC por fuentes alternativas y por la liberación de partidas que previamente fueron asignadas a cubrir las prestaciones relacionadas al cuidado.
  - La mejora en la racionalidad y eficiencia del gasto en el sistema sanitario.
  - Los ahorros fiscales, dado el aumento en la recaudación o disminución de transferencia de rentas.
  - Los retornos positivos económicos y sociales para niños, familias y la sociedad en conjunto, debido a la inversión en cuidados para primera infancia.

Reflexiones finales

Andrés Scagliola
Director Nacional de Políticas Sociales, MIDES

Como vimos, Uruguay está caminando hacia una política pública de cuidados, y esto se relaciona con procesos demográficos y sociales irreversibles ya suficientemente analizados: la transición demográfica y la nueva configuración de una estructura etaria envejecida y sobreenvejecida; la disminución del peso de las familias como proveedoras de cuidados debido a la novedosa inserción de las mujeres, tradicionales cuidadoras, en el mercado de trabajo; la persistente infantilización de la pobreza; las barreras físicas y culturales para una sociedad más inclusiva de las personas con discapacidad y, en particular, de aquellas que además son dependientes.

No podemos controlar estos procesos pero sí podemos tomar decisiones sobre ellos. Proponemos que esas decisiones partan de la definición del cuidado como un derecho y, con ella, la responsabilidad del Estado en garantizarlo a través de una política pública integrada y sistémica, a través de un Sistema Nacional Integrado de Cuidados, tal y como la experiencia histórica uruguaya ha dado en llamar a esta política.

Proponemos, también, que ese sistema integre a todas las personas dependientes y sus necesidades; que no salarice a los familiares que cuidan –como definición fundamental– sino que ofrezca alternativas diversas, fortalezca la oferta pública de servicios y regule tanto a esta como a la oferta privada; que garantice estándares de calidad, y brinde formación a cuidadoras y cuidadores.

Proponemos además apostar a la corresponsabilidad en el diseño de las propuestas, tanto entre actores (familia, Estado, sociedad civil) como entre mujeres y varones, comprometiéndonos con la equidad de género y, de la misma manera, integrar la mirada de no discriminación por diversidad sexual o dimensión étnico-racial.

Finalmente, proponemos construir una mirada global sobre las necesidades de cuidados de la población, redefiniendo y repensando la red de protección actual. Esto implica pasar de una mirada sectorial individual a una lógica articulada –sectorial, intersectorial e interinstitucional–, que sea capaz de dar respuesta a los riesgos que presentan las diferentes etapas de la vida de las personas.

Sobre estas bases –que orientaron el proceso hacia un Sistema Nacional de Cuidados– queda por ver cuán reactiva o proactiva será la respuesta de Uruguay. La primera opción supone responder caso a caso en la medida que surjan reclamos de diferentes sectores de la sociedad.

La segunda, es pensar en una política pública que, nacional e integrada, entienda las transformaciones y tendencias de la población uruguaya en clave de derechos e igualdad de género y, por ende, de corresponsabilidad en la tarea del cuidado.

Esa respuesta proactiva requiere de una coalición de actores –diversa, variopinta, de actores públicos y privados– repensándose en una clave de derechos humanos y de equidad de género. En nuestra visión de futuro, cada una de las políticas públicas sectoriales se repiensa y articula con la propuesta de un Sistema Nacional de Cuidados. Hay apoyos al cuidado (transporte, nutrición, prestaciones de seguridad social) que se movilizan. También se repiensa el mundo del trabajo, la otra cara de la moneda de los cuidados. Para caminar hacia un sistema y una sociedad de cuidados, las y los trabajadores hacen de este tema uno prioritario en la negociación colectiva. Las empresas entienden su rol en esa sociedad del cuidado, y también los beneficios económicos de una sociedad así. Además, hacen jugar este tema en el marco de la responsabilidad social empresarial. El voluntariado y las prácticas solidarias se movilizan. Los partidos políticos generan los acuerdos necesarios para darle continuidad en el tiempo a políticas de Estado más allá de períodos de gobierno. Y las organizaciones de la sociedad civil, desde su autonomía, interpelan, proponen, monitorean y evalúan los avances.

Esta apuesta se inscribe en la mejor tradición de la matriz de protección social uruguaya y apunta hacia una política pública universal en clave de integración social. Desde el punto de vista del esfuerzo en términos de recursos, el costo de poner en marcha el Sistema Nacional de Cuidados debe ser matizado. Como afirma nuestra compatriota Juliana Martínez, experta en la temática, *"más caro que tener un Sistema de Cuidados es no tenerlo"*. La pregunta que nos debemos hacer es: ¿cómo han sido y son resueltos los cuidados?, ¿por qué personas?, ¿con qué calidad?, ¿a qué cos-

to? Claramente, la forma pasada y presente de resolver el cuidado es altamente costosa. Ya sea dentro de las familias, medida como tiempo dedicado a cuidados en sustitución del tiempo de trabajo remunerado; ya sea el gasto realizado en servicios privados (residenciales, centros infantiles, cuidados domiciliarios), medido en dinero. El gasto público social destinado al Sistema Nacional de Cuidados deberá ser prudente, gradual, eficiente, de calidad. Pero será, sin dudas, una inversión social.

Nos queda, finalmente, reconocer y agradecer el tiempo, el interés, el aporte, el debate, el trabajo y la entrega de todas y todos quienes han formado y forman parte de este proceso de construcción de un Sistema Nacional Integrado de Cuidados.

Simple y honestamente, gracias.

Bibliografía

Abellán, A., Ayala, A. (2012) *Un perfil de las personas mayores en España, 2012. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid, Informes Portal Mayores, Nº 131.

Aguilar, R. y Tansini, R. (2010) *Educación Preescolar y Rendimiento Escolar en las Escuelas Públicas de Montevideo*. Serie Documentos de Trabajo, Documento Nº 20/10. Montevideo, Departamento de Economía de la FCS-UdelaR.

Aguirre, R. y Fassler, C. (1997) *"Acerca del cuidado doméstico. Lamujer en la familia como protagonista del bienestar social"*, en: C. Fassler, P. Hauser, I. Iens (coords.) (1997) Ciencia y tecnología en Uruguay: una agenda hacia el futuro. Montevideo, Red Género y Familia-Ediciones Trilce; pp. 46-55.

Aguirre, R. (2013) *Personas ocupadas en el sector cuidados*, Montevideo, UdelaR.

Amarante, V. y Espino, A. (2008) *"Informalidad y protección social en Uruguay. La situación de las mujeres"*. En: Uruguay: ampliando las oportunidades laborales de las mujeres. Montevideo: INMUJERES y Banco Mundial.

Araya, F., Colacce, M., y Vázquez, L. (2011) *Participación laboral femenina y cuidado infantil: destruyendo a la Mujer Maravilla*. Trabajo monográfico para optar por el título de Licenciatura en Economía. Montevideo, FCEA-UdelaR.

Astelarra, J. (2005) "Políticas conciliatorias: conceptualización y tendencias". En: *Cohesión Social, Políticas Conciliatorias y Presupuesto Público. Una mirada desde el género*. Reunión Internacional de Expertas/os, 24-26 de octubre, Ciudad de México.

Bagnato, M., Da Cunha, H., y Falero, B. (2011) *Personas en situación de dependencia por discapacidad. Documento de trabajo para el Debate*, GT de Sistema Nacional del Cuidados, Documentos base (MIDES).

Baizan, P. (2009) "Regional child care availability and fertility decisions in Spain", *DemoSoc Working Paper*, Number 2009-31, Universitat Pompeu Fabra.

Barcenas-Frausto, J. (2009) *Family-supportive policies: the employer-sponsored child-care approach as an influence of the relationship between work and family outcomes*, Argosy University.

Batthyány, K. Alesina, L. y Brunet, N. (coords.) (2007) *"Género y cuidados familiares. ¿Quién se hace cargo del cuidado y atención de los adultos mayores en Montevideo?"*, Informe Final, Proyecto de Investigación I+D, CSIC UdelaR, FCS, Departamento de Sociología con el apoyo del UNFPA.

Batthyány, K., Genta, N. y Perrota V., 2013 *"La población uruguaya y el cuidado. Análisis de representaciones sociales y propuestas para un sistema de cuidados en Uruguay"*. Montevideo, Universidad de la República.

Bérgolo, M., Dean, A., Perazzo, I. y Vigorito, A. (2013) *Principales resultados de la evaluación del impacto del programa Asignaciones Familiares-Plan de Equidad*, Montevideo, Instituto de Economía, FCEA, UdelaR.

Bermejo, L., Martínez, T.; Díaz, B.; Maños, Q.; Sánchez, C. (coords.) (2009) *Guías de Buenas Prácticas en Centros de atención a personas mayores en situación de dependencia*. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.

Blau, D. y Robins, P. (1989) "Fertility, Employment, and Child-Care Costs", *Demography*, Vol. 26, Nº 2.

Blay Berrueta, D. (2009) *Sistemas de cuidados de larga duración para la cobertura y la financiación de las situaciones de dependencia: seguro privado e hipoteca inversa*, Barcelona, Universitat de Barcelona.

Bonino, M.; Fassler, C. (2012) *Dimensiones a considerar para la incorporación del enfoque de género al sistema nacional integrado de cuidados*, Montevideo, Red Género y Familia.

BPS (2012) *Jubilados y pensionistas, nuevos ingresos al Seguro Nacional de Salud*, Conferencia de Prensa, Torre Ejecutiva, Presidencia de la República.

Calvo, J. (2014) *El país que viene. Una visión de largo plazo en relación a las políticas sociales con perspectiva ambiental*. Documento elaborado en el marco de la Iniciativa Pobreza y Medio Ambiente (IPyIMA, PNUMA/PNUD). DNPS-MIDES.

Cassirer, N. y Hein, C. (2010) *Soluciones sobre el cuidado infantil en el lugar de trabajo*. Colección Informes OIT N° 85, Madrid, OIT y Gobierno de España.

Castro García, C. y Pazos Morán, M. (2007) "Permiso de maternidad, de paternidad y parentales en Europa: algunos elementos para el análisis de la situación actual". Disponible en: http://www.ief.es/documentos/investigacion/genero/LG_CCastro_MPazos.pdf.

CEPAL (2005) *«Objetivos de Desarrollo del Milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe»*. Santiago de Chile.

CEPAL (2007a) *El aporte de las mujeres a la igualdad en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile.

CEPAL (2007b) *Consenso de Quito, Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe*, Quito, 6 al 9 de agosto de 2007.

CEPAL, 2009, *"Panorama Social de América Latina"*, CEPAL, Chile

Bibliografía

CEPAL (2010) «*Pobreza, desigualdad y ciclo de vida*». Santiago de Chile.

CEPAL (2012) «*El Estado frente a la autonomía de las mujeres*». Santiago de Chile.

Cleveland, G. y Krashinsky, M. (1998) *The Benefits and Costs of Good Child Care: The Economic Rationale for Public Investment in Young Children. A Policy Study*, Monograph Nº 1, Ontario, Toronto University-Centre for Urban and Community Studies.

Colombo, F. *et al.* (2011) "Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care", en: OCDE-Comisión de Naciones Unidas sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer, *Conclusiones convenidas sobre el reparto equitativo de las responsabilidades entre mujeres y hombres, incluidos los cuidados prestados en el contexto del VIH/SIDA*, marzo de 2009, E/2009/27 y E/CN.6/2009/15.

Comisión Sectorial de Población "¿Qué hacer ante la baja fecundidad? Sistematización de políticas y recomendaciones para el caso uruguayo".

Consejo Nacional Coordinador de Políticas Públicas de Igualdad de Género (2011) *Contribuciones para el diseño del sistema nacional de cuidados con enfoque de género y derechos*, Montevideo, Instituto Nacional de las Mujeres Uruguay.

Dabezies, M.; Delfino, M.; García, S.; Roca, A. (2010) "Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Propuestas de las organizaciones sociales para su diseño e implementación". Montevideo, Red Género y Familia; UNFPA y Onumujeres.

Del Boca, D. (2001) "The efect of child care and part time opportunities on participation and fertility decisions in Italy", *Journal of Population Economics*, 15:549-573.

Dirección Nacional de Políticas Sociales (DNPS-MIDES) (2013) *Sistema Nacional de Cuidados. Costeo y opciones de financiamiento.*

Dizy Menéndez, D.; Ruiz Cañete, O.; y Fernández Moreno, M., (coords.) (2006) *Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de aseguramiento en España*, Madrid, Universidad Autónoma de Madrid.

Departamento de Sociología (FCS-UdelaR) (2012) Informe "Censo a Organizaciones de Adultos Mayores y de Personas con Discapacidad". En BPS-AGSS (2012) *Comentarios de Seguridad Social*, N° 38, diciembre de 2012.

Espino, A. (2010) *Economía Feminista: enfoques y propuestas* Montevideo, Instituto de Economía, FCEA-UdelaR.

Espino, A. (2003) *El aporte de las remuneraciones femeninas en los hogares y sus efectos en la distribución del ingreso*, Serie Documentos de Trabajo DT 4/03. Montevideo, Instituto de Economía, FCEA-UdelaR.

Espino, A. y Salvador, S. (2013) "El sistema nacional de cuidados: una apuesta al bienestar, la igualdad y el desarrollo". *Análisis* Nº 4/2013, CIEDUR-FESUR.

Espino, A., Leites, M. y Machado, A. (2009) *Cambios en la conducta de la oferta laboral femenina: el incremento de la actividad de las mujeres casadas. Diagnóstico e implicancias. Uruguay: 1981-2006*, Serie Documentos de Trabajo DT 03/09. Montevideo, Instituto de Economía, FCEA-UdelaR.

Esquivel, V. (2011) "La economía del cuidado en América Latina: Poniendo a los cuidados en el centro de la agenda. Panamá, PNUD.

European Comission y Seventh Framework Programme. *ANCIEN Project Working Papers*. Disponible en: http://www.ancien-longtermcare.eu/home.

Fantova, F. (2008) "Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas", *Cuadernos de Derechos Humanos*, Nº 49. Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe. Universidad de Deusto.

Fassler, C. (2000) "Cuidados ¿una responsabilidad femenina?", *Políticas Públicas. Propuestas y estrategias desde una perspectiva de género y familia*, Montevideo, Red Género y Familia.

Fassler, C. (coord.) (2007) *Mesa de diálogo: Políticas de inclusión social. Análisis y propuestas*, Serie Políticas Públicas, Montevideo, Red Género y Familia.

Fassler, C. (coord.) (2008) *Mesa de diálogo: Políticas de salud y cuidados. Una mirada desde el género*, Serie Políticas Públicas, Montevideo, Red Género y Familia.

Fassler, C. (coord.) (2009) *Hacia un sistema nacional integrado de cuidados*, Serie Políticas Públicas, Montevideo, Red Género y Familia.

Fassler, C. (coord.) (2010) *Aportes para el diseño de un Sistema Nacional Integrado de Cuidados desde una perspectiva de género.* Serie Políticas Públicas, Montevideo, Red Género y Familia.

Fassler, C.; Dabezies, M. y García, S. (2011) *Reflexiones en torno al Debate Nacional sobre Cuidados*, Montevideo, Red Género y Familia.

Filardo, V. y Planel, A. (2012) "Entre Susanitas y Mafaldas: el Estado. Análisis de políticas públicas y la fecundidad en Uruguay". Ponencia presentada en el IV Congreso Uruguayo de Ciencia Política, Montevideo, noviembre de 2012.

Folbre, N. (2006) "Measuring Care: Gender, Empowerment, and the Care Economy", *Journal of Human Development*, 7: 2, 183-199.

Franco Gómez, M., Andrade Carreño, F., (2010) *Informe Técnico para la Implantación del Servicio de Teleasistencia domiciliaria en Uruguay*, Montevideo.

Gasteiz, V. (2008) *Cuidando en casa, Guía para el cuidado familiar*, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Grupo de Trabajo (2012) *Hacia un modelo solidario de cuidados*, aprobado por el Gabinete Social en setiembre de 2012.

Grupo de Trabajo (2012b) *Rendición social de cuentas. Etapa de debate.*

INAU (2013) *INAU en cifras, 2013*, Montevideo, INAU-Sistema de Información Para la Infancia (SIPI). Disponible en: http://portal.sipi.gub.uy.

Inmujeres (2012) "Contribuciones para comprender y medir la pobreza desde la perspectiva de género", *Cuadernos del Sistema de Información de Género*, N° 4, Montevideo, UNFPA, MIDES.

Instituto Nacional de las Mujeres (2007) *Primer Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos*, Montevideo, Instituto Nacional de las Mujeres Uruguay.

Bibliografía

Marco Navarro, F. (2014) *Calidad del cuidado y la educación para la primera infancia en América Latina. Igualdad para hoy y mañana*, Serie Políticas Sociales N° 204, CEPAL-EuroSocial.

MEC (2011) *Anuario estadístico de educación*, Montevideo.

MEC (2013) *Anuario estadístico 2012. Edición 2013*, Montevideo.

MEC (2014) *Logro y nivel educativo 2013*, Montevideo.

MIDES (2013) *Caracterización del 15% de la población de menores ingresos*, Montevideo.

MIDES (2014) "Cartilla de Recursos Sociales. Relevamiento de organismos nacionales 2012-2013". Documento elaborado por el Repertorio de Políticas Sociales, Observatorio Social de programas e indicadores.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Gobierno de España) (2004) *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*, Madrid, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad.

Montti, O., 2013 *"Cuidados en primera infancia. Análisis descriptivo de los datos del censo 2011"*. Montevideo, MIDES.

Montti, O y Sauval, M. (2014) *"Juventud y cuidado. Un aporte para el Plan Nacional de Juventudes"*. Montevideo, MIDES.

MSP (2014) *Algunas reflexiones desde la salud hacia un sistema nacional integrado de cuidados*. Mimeo.

Mullin, G. y Vairo, M. (2014) *El impacto de la expansión de la educación preescolar en Uruguay: un análisis en base al enfoque de igualdad de oportunidades*, Trabajo monográfico para optar por el título de Licenciado/a en Economía. Montevideo, FCEA-UdelaR.

Neyer, G. (2006) "Family policies and fertility in Europe: Fertility policies at the intersection of gender policies, employment policies and care policies", *Paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of America*, Los Angeles, March 30-April 1, 2006.

NICHD y Duncan, G. (2008) "Modeling the Impacts of Child Care Quality on Children's Preschool Cognitive Development", *Child Development*, September/October 2003, Volume 74, Number 5: 1454-1475.

Nollemberger, N., y Perazzo, I. (2014) "Provisión de educación preescolar y empleo femenino". Presentación en *V Jornadas Académicas, Facultad de Ciencias Económicas y de Administración*, Montevideo, FCEA-UdelaR, octubre de 2014.

Núñez, S. (2013) *Informe: Población con limitaciones en base al Censo 2011*, Montevideo.

OIT y PNUD (2013) "Trabajo decente y cuidado compartido. Hacia una propuesta de parentalidad".

Onumujeres México e Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir (2013) *Economía del Cuidado. Nota conceptual*, Ciudad de México, 12 y 13 de noviembre.

Palacios, A. (2008) *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Madrid, Cermi.

Paredes, M., Pérez, R., González Arias, D. y Guidotti González, C. (coords.) (2013) *Encuesta de detección de población adulta mayor dependiente (NIEVE-MIDES 2012)*, Montevideo.

Pérez Salanova, M. y Yanguas Lezaun, J. (1998) "Dependencia, personas mayores y familias. De los enunciados a las intervenciones", *Anales de psicología*, Universidad de Murcia, vol. 14, Nº 1, 95-104.

Peri, A. y Pardo, I., 2008. "Nueva evidencia sobre la hipótesis de la doble insatisfacción en Uruguay: ¿cuán lejos estamos de que toda la fecundidad sea deseada?", Serie Divulgación, UNFPA.

Pugliese, L. (2008) *"Servicios de cuidados domiciliarios a los adultos mayores. Una perspectiva desde el Sistema de Seguridad Social (Primera y Segunda Parte)"*, Banco de Previsión Social, Asesoría General en Seguridad Social, Comentarios de Seguridad Social, Nº 19, abril-junio

Pugliese, Leticia (2013) "Hogares de Ancianos en Convenio con el Banco de Previsión Social, ¿Atención de Personas Dependientes?", *Comentarios de Seguridad Social* Nº 40 abril-junio de 2013.

RAND EUROPE (2006) "¿Implosión demográfica? La baja fecundidad y las medidas tomadas en la Unión Europea". Disponible en: www.rand.org.

Razavi, Sh. (2007) "The Political and Social Economy of Care in a Development Context: Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options, Gender and Development Programme", Nº 3, United Nations Research Institute for Social Development.

Red Género y Familia (2010) "Sistema nacional integrado de cuidados. Un componente fundamental del sistema de protección social", Montevideo, Onumujeres y Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).

Rico, M. N. (2011) "Crisis del cuidado y políticas públicas: el momento es ahora". En: Rico y Maldonado (eds.) (2011) *Las familias latinoamericanas interrogadas*, Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas.

Rico, M. N. (coord.) (2011) *El desafío de un sistema nacional de cuidados para el Uruguay*, División de Desarrollo Social de la CEPAL. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas.

Roqué, M., (2010) *Manual de cuidados domiciliarios: nuevos paradigmas en políticas sociales. Nuevos escenarios gerontológicos*, Buenos Aires. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia.

Rosell, C. (2014) *"Encuesta de dependencia en el marco de las prestaciones previstas en la Ley 18651"*, mimeo.

Rossel, C., Courtoisie, D. y Marturet, M., 2010. *Servicios de cuidado infantil: condiciones de calidad y resultados*. Proyecto Desarrolla, PNUD.

Salas Rosso, F. (2012a) "Servicios, prestaciones y convenios para el cuidado de los familiares del personal del Estado", Informe preliminar presentado el 10 de diciembre de 2012 en el marco de la consultoría solicitada por el GT del Sistema de Cuidados y el Consejo Nacional de Políticas Sociales.

Salas Rosso, F. (2012b) "Prestaciones ofrecidas por los sindicatos para el cuidado de los familiares de sus afiliados", Informe presentado el 10 de diciembre de 2012 en el marco de la consultoría solicitada por el GT del Sistema de Cuidados y el Consejo Nacional de Políticas Sociales.

Bibliografía

Salas Rosso, F. (2012c) "Acuerdos para garantizar el cuidado de los familiares de los trabajadores en los convenios colectivos de la cuarta ronda de Consejos de Salarios (2010-11)", Informe presentado el 10 de diciembre de 2012 en el marco de la consultoría solicitada por el GT del Sistema de Cuidados y el Consejo Nacional de Políticas Sociales.

Salvador, S. (2007) *Uruguay: servicios de cuidado y división de responsabilidades de cuidado dentro del hogar*, Montevideo, Centro Interdisciplinario de Estudios sobre el Desarrollo-Uruguay, Red Internacional de Género y Comercio y Centro Internacional para Investigaciones sobre el Desarrollo (IDRC).

Salvador, S. (2009) *Configuración social del cuidado en hogares con niños/as y con adultos/as mayores y políticas de corresponsabilidad*, Montevideo, Instituto Nacional de las Mujeres-UNIFEM.

Salvador, S. (2011) "Hacia un sistema nacional de cuidados en el Uruguay". En: Rico (coord.) (2011) *El desafío de un sistema nacional de cuidados para el Uruguay*, División de Desarrollo Social de la CEPAL, Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas.

Salvador, S. y G. Pradere (2010) *El gasto en servicios de cuidado de los hogares uruguayos*, Montevideo, CEPAL.

Tenembaun, V. (2011). *Políticas orientadas a los hogares con niños: una evaluación* ex ante *para el caso uruguayo*, Tesis para optar por la Maestría en Economía Aplicada, Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona.

Thevenet, N. (2013) *Cuidados en personas adultas mayores: Análisis descriptivo de los datos del censo 2011*, Montevideo, Departamento de Investigación y Propuestas, Área de Protección Social, Dirección Nacional de Políticas Sociales, MIDES.

Vairo, M. (2014) "Efectos de la extensión de la jornada escolar sobre la participación laboral femenina: evidencia del programa de Escuelas de Tiempo Completo", presentado en las Jornadas Académicas de la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, FCEA-UdelaR, octubre de 2014.

Varela, C. (2007) "Fecundidad, propuestas para la formulación de políticas", en Calvo, J. y Mieres, (2007) *"Importante pero Urgente". Políticas de población en Uruguay*, Montevideo, Rumbos-UNFPA.

Via, J. M. (2002) *Seguro de dependencia: descripción y situación actual. España*, Madrid.

Web Japan (2011) "Sistema de seguridad social: Una sociedad en proceso de envejecimiento y su impacto en la seguridad social." Japan Fact Sheet. Disponible en: http://web-japan.org/factsheet/es/pdf/es42_security.pdf.

Glosario de abreviaturas y siglas

ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AFAM	BPS Asignaciones Familiares del Banco de Previsión Social
AFAM-PE	Asignaciones Familiares de Plan de Equidad
AFAM	Asignaciones Familiares
AGE	Administración General del Estado
AIVD	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
AM	Adultos Mayores
ANEP	Administración Nacional de Educación Pública
ANTEL	Administración Nacional de Telecomunicaciones
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
AVD	Actividades vida diaria
BCU	Banco Central del Uruguay
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BPC	Base de Prestaciones y Contribuciones
BPS	Banco de Previsión Social
CAIF	Centros de Atención a la Infancia y la Familia
CCEPI	Consejo Coordinador de Educación en la Primera Infancia
CD	Cuidados Domiciliarios
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer
CEIP	Centros de Educación Infantil Privados
CENATT	Centro Nacional de Ayudas Técnicas y Tecnológicas
CENFORES	Centro de Formación y Estudios
CEO	Célula de Evaluación y Orientación (Luxemburgo)
CEPA	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CERD	Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial
CFE	Consejo de Formación en Educación
CHPP	Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata
CIEDUR	Centro Interdisciplinario de Estudios sobre el Desarrollo- Uruguay
CIES	Centro de Investigaciones y Estudios del Sindicato Médico del Uruguay
CINVE	Centro de Investigaciones Económicas
CIPReS	Centro de Investigación en Psicoterapias y Rehabilitación Social
CISEPI	Cuidado e Inclusión Socioeducativa para la Primera Infancia
CNHD	Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado
CNPS	Consejo Nacional de Políticas Sociales
CNRP	El Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica
CNS	Caisse Nationale de Santé (Luxemburgo)
CODICEN	Consejo Directivo Central
CyT	Ciencia y Tecnología
DEMEQUI	Departamento de Especialidades Médico Quirúrgicas
DGI	Dirección Nacional de Impositiva

Glosario de abreviaturas y siglas

DINEM	Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo
DL	Dependencia leve
DNPS	Dirección Nacional de Políticas Sociales
EA	Entes Autónomos
ECH	Encuesta Continua de Hogares
ENIA	Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia
EO	Estimulación Oportuna
EUT	Encuesta de Uso del Tiempo
FCS	Facultad de Ciencias Sociales
FEMI	Federación Médica del Interior
FNR	Fondo Nacional de Recursos
FODESAF	Fondos del Desarrollo Social y Asignaciones Familiares
FONASA	Fondo Nacional de Salud
FONDES	Fondo para el Desarrollo
FRL	Fondo de Reconversión Laboral
GT	Grupo de trabajo
HLE	Hogares de Larga Estadía
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica colectiva en Uruguay
IASS	Impuesto de Asistencia a la Seguridad Social
ICC	Índice de Carencias Críticas
IM	Intendencia de Montevideo
IMAC	Instituto Médico de Alta complejidad
IMAE	Instituto Medicina Altamente Especializada.
INAU	Instituto del Niño y el Adolescente de Uruguay
INDA	Instituto Nacional de Alimentación
INE	Instituto Nacional de Estadística
INEFOP	Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional
INJU	Instituto Nacional de la Juventud
Inmujeres	Instituto Nacional de las Mujeres
IRAE	Impuesta Renta de Actividades Económicas
IRP	Impuesto a la Renta de las Personas Físicas
IVA	Impuesto al Valor Agregado
JUNACU	Junta del Sistema Nacional de Cuidados
LAPAD	Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia
LEI	Línea Estratégica de Igualdad
LP	Línea de Pobreza
LTC	Long Term Care Insurance
MEC	Ministerio de Educación y Cultura
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MIPS	Mesas Interinstitucionales de Políticas Sociales
MSP	Ministerio de Salud Pública
MTSS	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
NIEVE	Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre Vejez y Envejecimiento
OIT	Organización Internacional del Trabajo
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPP	Oficina de Planeamiento y Presupuesto
OSC	Organización de la Sociedad Civil
Panacea-SM	Programa de Articulación Nacional y Comunitario en Educación y Atención en Salud Mental

Glosario de abreviaturas y siglas

PANES	Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social
PIB	Producto Bruto Interno
PIDESC	Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PIT-CNT	Plenario Intersindical de Trabajadores - Convención Nacional de Trabajadores
PNUD	Programa Naciones Unidas para Desarrollo
PROMIPS	Programa de las Mesas Interinstitucionales de Política Social
PRONADIS	Programa Nacional de Discapacidad
PRONAM	Programa Nacional del Adulto Mayor (capacitación)
SAAD	Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia
SAG	Programa Servicio de Auxiliares Gerontológico
SAIC	Servicio de Atención e Inserción Comunitaria
SD	Servicios Descentralizados
SDLP	Seguro de Dependencia a Largo Plazo
SIPI	Sistema de información del INAU
SNC	Sistema Nacional de Cuidados
SNF	Sistema Nacional de Formación
SOCAT	Servicio de Orientación, Consulta y Articulación Territorial
SUTEL	Sindicato Único de Telecomunicaciones
TGF	Tasa Global de Fecundidad
TIC	Tecnología en Información y Comunicación
TSE	Tribunal Supremo de Elecciones
UME	Unidad de Media Estancia
UNIT	Instituto Uruguayo de Normas Técnicas
UNRISD	Instituto de Naciones Unidas para el Desarrollo Social
UR	Unidades Reajustables
USD	United State Dolar
UTU	Universidad del Trabajo Uruguay

SISTEMA DE CUIDADOS

Cuidados como Sistema

Propuesta para un modelo solidario y corresponsable de cuidados en Uruguay

mides
Ministerio de Desarrollo Social

DNPS
Dirección Nacional de Políticas Sociales

Avda. 18 de Julio 1453
CP. 11200. Montevideo, Uruguay
Tel.: (598) 2400 03 02*
www.mides.gub.uy