

Grupo de Trabajo Interinstitucional  
Consejo Nacional de Políticas Sociales  
Gabinete Social

# HACIA UN MODELO SOLIDARIO DE CUIDADOS

Aprobado por el Gabinete Social  
20 de setiembre de 2012

**Propuesta para la construcción del**  
SISTEMA NACIONAL DE CUIDADOS







Grupo de Trabajo Interinstitucional  
Consejo Nacional de Política Social  
Gabinete Social

# HACIA UN MODELO SOLIDARIO DE CUIDADOS

Propuesta para la construcción del  
Sistema Nacional de Cuidados

Aprobado por el Gabinete Social  
20 de setiembre de 2012



Presidencia de la República

Ministerio de Desarrollo Social

INFAMILIA

INMAYORES

PRONADIS

INMUJERES

Ministerio de Economía y Finanzas

Ministerio de Educación y Cultura

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

Ministerio de Salud Pública

Oficina de Planeamiento y Presupuesto

Instituto Nacional de Estadística

Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay

Administración de los Servicios de Salud del Estado

Banco de Previsión Social

Grupo de Trabajo Interinstitucional

Consejo Nacional de Política Social

Noviembre 2012

"El Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) fue creado por Ley N° 17.866 promulgada el 21 de marzo de 2005. Le compete, entre otros, coordinar las políticas en materia de desarrollo social"

# Contenido

Prólogo	7
<i>Por un nuevo pacto social de corresponsabilidad y solidaridad en los cuidados</i>	
<b>Capítulo 1</b>	<b>11</b>
<b>Presentación</b>	
1.1. Acuerdos y convenios internacionales	14
1.2. El proceso hacia la propuesta	15
<b>Capítulo 2</b>	<b>17</b>
<b>Marco conceptual y político</b>	
2.1 Principios orientadores	17
2.2 Definición de Cuidados	18
2.3 La necesidad de un Sistema Nacional de Cuidados	19
2.4 Hacia una política pública de cuidados	19
2.5 Impactos esperados	20
<b>Capítulo 3</b>	<b>21</b>
<b>Proceso de Consulta</b>	
3.1. Debates Territoriales	22
3.2. Debates Centrales	23
<b>Capítulo 4</b>	<b>25</b>
<b>Poblaciones y priorización</b>	
<b>Capítulo 5</b>	<b>27</b>
<b>Propuestas de Cuidados para las cuatro poblaciones</b>	
A. Propuestas para el <i>Sistema Nacional de Cuidados</i>	27
5.A.1 Infancia con énfasis en primera infancia	27
5.A.2 Personas en situación de dependencia por discapacidad	30
5.A.3 Personas Adultas Mayores en situación de dependencia	34
5.A.4 Principales propuestas y líneas de trabajo a priorizar de apoyo a cuidadores/as	36
B. Propuestas de apoyo al <i>Sistema Nacional de Cuidados</i>	39
C. Propuesta de Formación en el <i>Sistema Nacional de Cuidados</i>	40
<b>Capítulo 6</b>	<b>43</b>
<b>Financiamiento</b>	
<b>Capítulo 7</b>	<b>45</b>
<b>Institucionalidad</b>	
<b>Capítulo 8</b>	<b>47</b>
<b>Baremo, sistema de información y mecanismos de exigibilidad</b>	
8.1 Baremo de la Dependencia	47
8.2 Sistema de información	47
8.3 Mecanismos de exigibilidad	48
<b>Nota final</b>	<b>51</b>
Un camino propio hacia un nuevo pacto de género y generacional	

REFERENCIAS	53
DOCUMENTOS DE CONSULTA	55
<b>Anexo estadístico</b>	<b>57</b>
Primera infancia	57
Personas en situación de dependencia por discapacidad	61
Personas adultas mayores	63
LISTADO DE SIGLAS	65

## Por un nuevo pacto social de corresponsabilidad y solidaridad en los cuidados

El Gobierno Nacional está comprometido con combatir las bases de la desigualdad en la sociedad uruguaya. Es desde ese compromiso que **el Programa de Gobierno del Frente Amplio 2010–2015<sup>1</sup> se comprometió en 2008 a crear un Sistema Nacional de Cuidados**. Lo hizo en los siguientes términos:

*“Las propuestas a implementar deberán tomar en cuenta el papel estratégico que ocupan las familias en la crianza, socialización y cuidado de las personas. Se requiere adoptar medidas de corresponsabilidad para la vida familiar y laboral que se apliquen igual a las mujeres y a los hombres, teniendo presente que al compartir las responsabilidades familiares de manera equitativa y superando estereotipos de género se crean las condiciones propicias para la participación política de la mujer en toda su diversidad.*

*Por otra parte, también se debe tomar en cuenta las diferentes modalidades de arreglos familiares y generar servicios y programas que constituyan un verdadero sistema integral de cuidados familiares –público/privado– que permita satisfacer las necesidades de los integrantes de las familias en sus diversas edades y situaciones.”*

Fiel al mandato de su Programa, el Gobierno inició un proceso de construcción de una propuesta de Sistema Nacional de Cuidados (SNC). Con tal fin la Presidencia creó un Grupo de Trabajo, interinstitucional, que ahora presenta este documento de propuesta que encuentra al menos cinco motivaciones centrales para entender que avanzar por este camino es estratégico para Uruguay.

**Primero, la propuesta supone al centro del debate los derechos de aquellas personas que requieren cuidados.** Más allá de los enormes avances producidos en el último tiempo, existe hoy en Uruguay un vacío de protección social para un sector importante de la población. **La sociedad cambia estructuralmente y, con ello, también deben repensarse en términos estructurales los dispositivos de protección y bienestar social.**

**Segundo, la propuesta de un SNC apunta a atacar una de las tantas bases de desigualdad entre las personas y, en este caso, entre mujeres y hombres: la división sexual del trabajo.** Ésta establece un patrón –cultural pero frecuentemente reforzado por la normativa vigente, así como el propio diseño de programas sociales y laborales– que reserva el mundo de la producción para los hombres y el de la reproducción para las mujeres.

**Tercero, el SNC, en un marco de baja de la natalidad, es una contribución que puede resultar determinante para garantizar el derecho de las familias a tener el número de niñas y niños que deseen tener,** sobre todo en sectores trabajadores y medios, combatiendo las restricciones que hoy suponen la inexistencia o la falta de acceso a servicios de cuidados de calidad para los más chicos.

**Cuarto, el SNC es necesario para enfrentar los “cuellos de botella” del desarrollo del país.** Por un lado, el Uruguay agota su bono demográfico y se encamina a una “crisis de los cuidados” en la cual las mujeres se ven obstaculizadas para insertarse al mercado formal debiendo dedicarse al cuidado de dependientes como trabajo no remunerado en el hogar. Por otro, es estratégica para el crecimiento económico del país la incorporación de miles de mujeres al esfuerzo productivo. El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social estima en 200.000 mujeres aquellas que podrían hacerlo con la existencia de servicios adecuados de cuidados. A esto se suma el impacto positivo en la productividad laboral de quienes logran una buena conciliación entre la familia y el trabajo.

1 V Congreso Extraordinario “Zelmar Michelini” realizado los días 13 y 14 de diciembre de 2008.



**Quinto, el buen gobierno, la gestión eficaz y eficiente de los recursos, requiere de la articulación y regulación** de los esfuerzos públicos –insuficientes– y privados –extendidos ante la ausencia del Estado– que evite la duplicación de esfuerzos y, a la vez, cubra vacíos de protección social hoy existentes.

El proceso recorrido desde la creación del Grupo de Trabajo supone **tres momentos** claros: en 2010, el trabajo al interior y entre las instituciones públicas para la unificación de la mirada del Estado en relación a una serie de principios y lineamientos conceptuales; en 2011, un debate nacional e informado, abierto a la participación social en torno a la temática, con más de 3.000 personas, políticos, técnicos, empresas, sindicatos y representantes de organizaciones sociales, parlamentarios, entre otros; en 2012, la elaboración de este documento de propuestas y la redacción de un anteproyecto de ley marco del *Sistema Nacional de Cuidados* –en proceso– que contiene las pautas fundamentales en relación a: institucionalidad, financiamiento, regulación, formación y servicios.<sup>2</sup>

El *Sistema Nacional de Cuidados* supone la construcción de una nueva institucionalidad colectiva –la Junta Nacional de Cuidados (JUNACU)– así como la constitución de un Fondo Nacional de Cuidados (FONACU); también supone ajustar tanto la formación de las y los cuidadores así como la regulación laboral y de servicios de las tareas de cuidados; y, finalmente, establecer una serie de servicios, prestaciones y licencias para la provisión de los cuidados.

En conjunto, un SNC supone **sentar las bases de una nueva “sectorialidad” de política pública** (así como la salud, la educación, la seguridad social, etc.) con su propia institucionalidad, financiamiento, rectoría y regulación, prestación de servicios, etc., y redefinir servicios y atribuciones que en algunos casos se pensaron exclusivamente como parte de la educación (los centros de primera infancia), la salud (las “casas de salud” o residencias de larga estadía) o la asistencia (las prestaciones a la discapacidad con dependencia).

**La propuesta de un Sistema Nacional de Cuidados se vertebra en torno a los ejes de regulación, servicios y formación, además de la promoción activa de un cambio social y cultural en relación a los cuidados entorno a la idea de corresponsabilidad.**

La estrategia se basa en la coordinación de los distintos servicios existentes así como la creación de nuevos con énfasis en la regulación de los mismos (en términos de calidad de los mismos y de condiciones de trabajo) así como de formación de quienes se dedican a la tarea del cuidado.

Como se plantea más arriba, el SNC apunta no sólo a la generación de una política pública hacia la dependencia sino a **una transformación cultural**: la transformación de la división sexual del trabajo en el marco de un *modelo familista* por un *modelo solidario y corresponsable*. Esto es: corresponsabilidad entre hombres y mujeres; corresponsabilidad entre familia, Estado, mercado y comunidad.

**El Sistema Nacional de Cuidados, junto con el Plan de Equidad** –que integró la reforma tributaria y de la salud junto con un nuevo régimen de Asignaciones Familiares– **componen un conjunto de transformaciones estructurales en el Estado y la sociedad uruguayas que apuntan a una nueva Matriz de Protección Social**. Este proceso hoy se sintetiza en la propuesta de Reforma Social aprobada por el Gabinete Social en 2011 y que incorpora como ejes estratégicos “las inequidades al inicio de la vida” (número 1) y “las necesidades de cuidados de personas con discapacidad personas con discapacidad y de adultos mayores dependientes” (número 6).

El despliegue a corto plazo del *Sistema Nacional de Cuidados* supondrá gradualidad, constreñimiento por la disponibilidad de recursos financieros, materiales y humanos, y las capacidades de gestión e implementación de las instituciones que participan del mismo. Es así que, en pos de una visión 2020 de universalidad, planteamos **comenzar con acciones graduales pero efectivas en regulación, formación y servicios en el período 2013–2015, apoyadas por una Ley Marco del Sistema Nacional de Cuidados**.

La implementación gradual de un *Sistema Nacional de Cuidados* supondrá avanzar hacia la concreción de **un nuevo pacto social que es a la vez de género y generacional** en relación a la protección, el cuidado y el bienestar de quienes –por su edad o una discapacidad– dependen de otras personas en su vida diaria y están por ello en una situación de vulnerabilidad.

Vaya un agradecimiento especial, sincero, a las y los integrantes del Grupo de Trabajo, por su em-

<sup>2</sup> El Grupo de Trabajo centra actualmente su atención en el desarrollo de normativas de regulación y formación, en dos subgrupos respectivos, de forma de manera de alimentar la redacción de la futura Ley Marco del Sistema Nacional de Cuidados en esos aspectos.

peño, y a todas las personas –miles, en todo el país– que con su presencia y voz han sido parte de esta construcción colectiva.

**Pol. Andrés Scagliola**

Director Nacional de Política Social del Ministerio de Desarrollo Social  
Coordinador del Grupo de Trabajo



# Capítulo 1

## Presentación

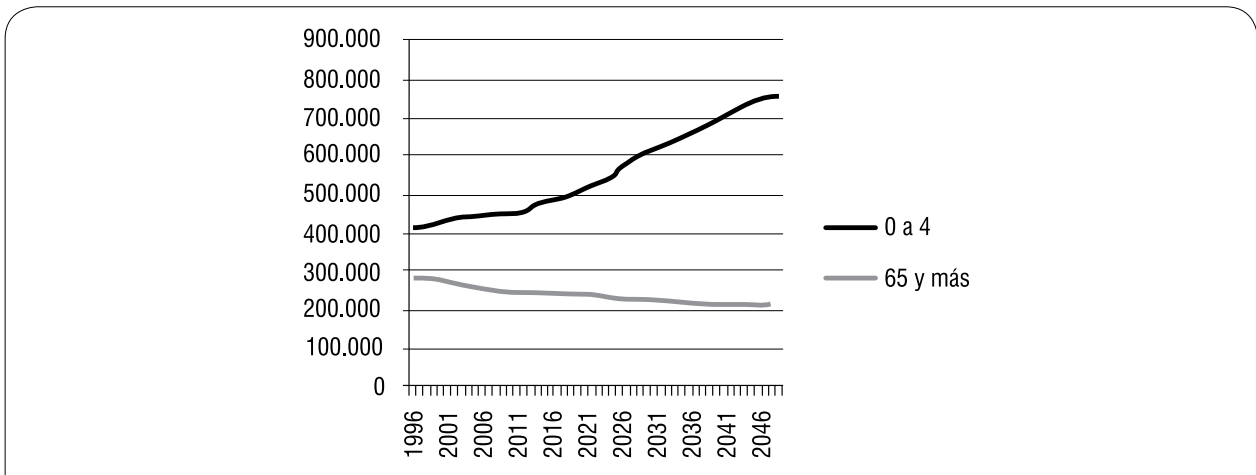
Desde 2005 Uruguay construye una nueva Matriz de Protección Social a partir de un Estado Social construido a lo largo del siglo XX (ver Plan de Equidad, 2008). El desafío ha sido adaptarlo a la realidad de nuestro tiempo en el que se viven importantes transformaciones económicas, demográficas y sociales. Se han logrado grandes avances en este sentido, cubriendo un conjunto de vacíos de protección a través de las reformas emprendidas en el marco del Plan de Equidad: Reforma de la Salud, Tributaria, de las Asignaciones Familiares, por sólo citar algunas. Sin embargo, aún quedan vacíos en la Matriz de Protección Social que se incorporan a la agenda social y política como necesidades de las que el Estado debe ser al menos corresponsable. Así, se identifica al Cuidado de las personas dependientes como el principal espacio sobre el que avanzar, el principal vacío de protección de nuestra matriz.

La sociedad uruguaya está pasando por dos de estas transformaciones que resultan centrales a la configuración social del cuidado: el envejecimiento de la población y la inserción masiva de las mujeres en el mercado de trabajo. Estas transformaciones se ubican en la base de lo que se ha dado en llamar la “crisis del cuidado”.

La expresión “crisis del cuidado” se refiere a “un momento histórico en que se reorganiza simultáneamente el trabajo salarial remunerado y el doméstico no remunerado, mientras que persiste una rígida división sexual del trabajo en los hogares y la segmentación de género en el mercado laboral. Estas asincronías afectan la continuidad y el equilibrio de los tradicionales arreglos de cuidado en nuestras sociedades y atentan contra las opciones de las mujeres para insertarse en los mercados laborales sin verse confrontadas con barreras seculares, y así alcanzar mayor autonomía económica y bienestar. Esta crisis se produce cuando aumenta el número de personas que por su condición requieren de cuidado y al mismo tiempo disminuye la proporción de personas (tradicionalmente mujeres) en condiciones de ejercer esa función. En otros términos, asistimos a una situación de aumento de la demanda (transición demográfica) y disminución de la oferta (inserción de la mujer en los mercados de trabajo)” (Cepal, 2009:173). Asimismo, la modificación de las estructuras familiares también contribuye a la crisis del cuidado: los hogares son cada vez más pequeños, con menos generaciones conviviendo y la presencia de hogares monoparentales es cada vez mayor.

Como muestra de este proceso, se observa que la cantidad de personas mayores de 65 años es cada vez mayor, mientras que la cantidad de niños y niñas nacidos por año se mantiene constante, cuando no baja. Esto en cierto sentido reduce la carga de cuidados asociados a la primera infancia –dado que la cantidad de niños y niñas es menor– pero también implica una reducción sustantiva en el mediano plazo de la cantidad de personas en condiciones de prestar cuidados. Por otra parte, aumenta la carga de cuidados asociados a la población adulta mayor.

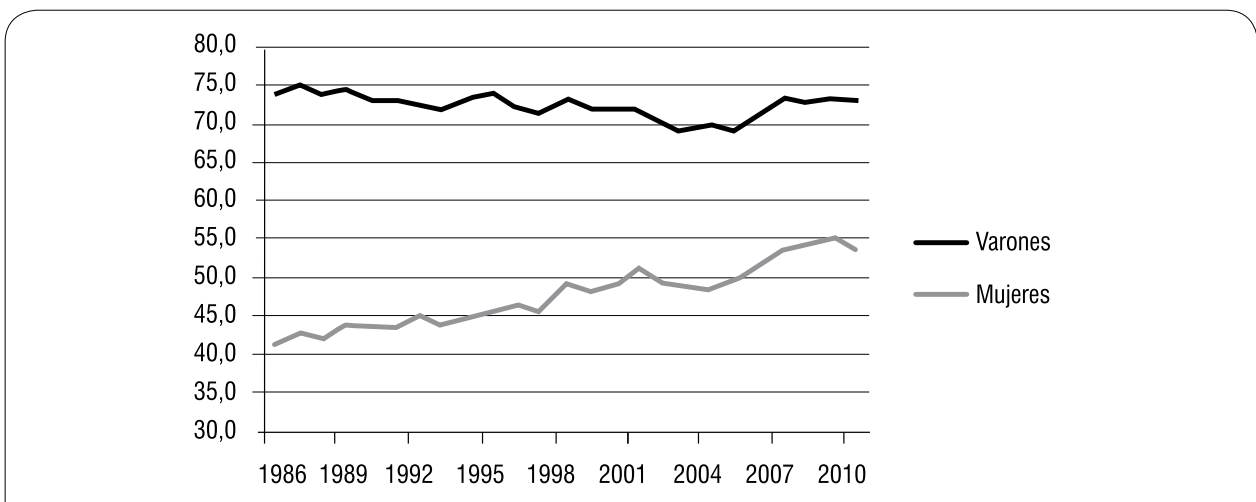
**Gráfica 1:** Evolución de la población de 0 a 4 y de 65 y más años (1996–2050)



Fuente: Proyecciones de Población, INE

Paralelamente, la tasa de actividad femenina creció en más de 12 puntos porcentuales entre 1986 y 2010, mientras que la masculina permanece estable (Gráfica 2).

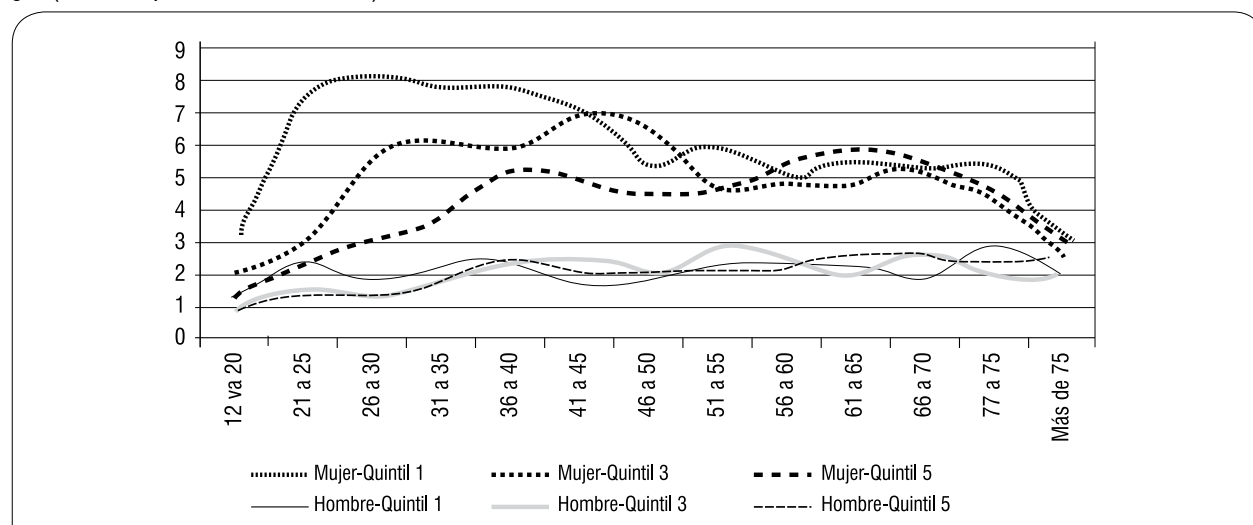
**Gráfica 2:** Tasa de actividad por sexo, Total País Urbano (1986–2010)



Fuente: ECH, INE

La estructura tradicional de familia, basada en la distribución sexual de trabajo en función de los roles de hombre proveedor y de mujer reproductora, ha generado una desigualdad de base sobre la que se construye el modelo de cuidado basado en la familia. Como puede observarse en la siguiente gráfica, las mujeres siempre dedican una importante cantidad de horas al trabajo no remunerado en los hogares, aumentando estas horas en su etapa reproductiva, entre los 20 y los 50. Los varones no realizan una cantidad significativamente menor que las mujeres, sino que esta cantidad no sufre modificaciones a lo largo de su vida. Por otro lado, resulta importante resaltar que estos patrones no presentan diferencias entre quintiles de ingreso del hogar, salvo por los distintos momentos en los que las mujeres tienen hijos según quintil.

Esa inequidad básica, visibilizada a través de las encuestas del uso del tiempo, es inaceptable. El tiempo dedicado al cuidado impacta en la vida de las mujeres y su acceso a derechos fundamentales: la educación, el trabajo, la salud, la seguridad social.

**Gráfica 3:** Promedio de horas diarias de trabajo no remunerado según sexo, edad y quintil de ingresos per cápita del hogar (Total del país, setiembre 2007)

Fuente: Salvador (2010), en base a Módulo de Uso del Tiempo

Por otro lado, la calidad del cuidado resulta central para el bienestar de las personas con dicha necesidad. En el caso de primera infancia, el cuidado de calidad asegura la estimulación oportuna de los niños y niñas. Más allá de los impactos que esto tiene en el presente de estos niños y niñas, los impactos de mediano y largo plazo son significativos. La presencia de estos estímulos redundaría en mayores oportunidades de desarrollo y por tanto en la reducción de las inequidades que hoy se presentan entre los niños y niñas, que en el peor de los casos se traducen en expresiones biológicas de la inequidad.

En el caso de las personas adultas mayores y personas en situación de dependencia por discapacidad el acceso a servicios de cuidado de calidad tiene impactos muy grandes sobre su calidad de vida dado que combate situaciones de soledad, apoya el fortalecimiento de la autoestima, mejora salud mental, autonomía, etc. A la vez, en la gran mayoría de los casos este tipo de servicios promueve los cuidados de la salud a través de la mejora de la nutrición y retrasa el avance de las enfermedades y promueve la rehabilitación, según corresponda. En igual medida se verá impactada la calidad de vida y las condiciones de salud de las personas que hoy brindan cuidados familiares –en general mujeres, madres, abuelas, hijas– que destinan gran parte de sus horas diarias al cuidado, resintiéndose tanto su salud física como emocional. En esta misma línea, la disponibilidad y asequibilidad de servicios de cuidado de calidad promueve la mejor utilización de servicios médicos generando el correspondiente ahorro asociado, aumento del contacto de las personas con el sistema de salud, favoreciendo la prevención secundaria y generando mejores resultados en los tratamientos.

El Estado es responsable por garantizar la calidad de los servicios de cuidado disponibles, tanto privados como públicos. Asimismo, debería hacerse cargo del apoyo de las familias en las tareas de cuidado, dado que nada asegura que los cuidados familiares sean siempre de buena calidad.

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 podemos hablar de un nuevo pacto social: **del modelo familista a un modelo de corresponsabilidad social**.

Vale decir que en la región, Uruguay se transformó en un país de referencia en el proceso de construcción de un *Sistema Nacional de Cuidados*. Esto es así por la conformación de un Grupo de Trabajo interinstitucional, la decisión de avanzar hacia una política pública nacional e integrada, atendiendo a tres poblaciones (infancia, con énfasis en primera infancia, personas adultas mayores dependientes y personas en situación de dependencia por discapacidad) así como a cuidadoras y cuidadores, y por el proceso de participación social emprendido.

## 1.1. ACUERDOS Y CONVENIOS INTERNACIONALES

Por otro lado, el 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 adultas 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. Uno de ellos es 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 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, en los objetivos 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.<sup>3</sup>

El 19 de marzo de 2010 entra en vigencia la Ley 18.651 *“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 13 de diciembre de 2006 se aprobó la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.<sup>4</sup> 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 dónde y con quién quiera, y con servicios que faciliten su inclusión en la comunidad, incluida la asistencia personal. Mediante la Ley 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 aprueba el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley 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

3 Existe una serie de acuerdos previos firmados y ratificados por Uruguay. Por cuestiones de espacio no se detallan todos ellos.

4 Esta Convención es el resultado de un largo proceso, en el que participaron varios actores: Estados miembros de la ONU, Observadores de la ONU, Cuerpos y organizaciones importantes de la ONU, Relator Especial sobre Discapacidad, instituciones de derechos humanos nacionales, y organizaciones no gubernamentales, entre las que tuvieron un papel destacado las organizaciones de personas con discapacidad.

los marcos normativos internacionales con categoría vinculante que Uruguay ha ratificado o 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 N° 6 (1996) vinculada al Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el artículo 10.
- Recomendación N° 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 el mismo, 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 N° 156 de la OIT, ratificado por Uruguay (Ley 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.”*

## 1.2. EL PROCESO HACIA LA PROPUESTA

La necesidad de un *Sistema Nacional de Cuidados* recorrió un camino importante desde la agenda social a la agenda política y la de gobierno.

Las organizaciones de mujeres –de forma destacada, la Red de Género y Familia– colocó el tema de los cuidados en la agenda social. El Instituto Nacional de las Mujeres trazó líneas de acción en este sentido en el período de gobierno 2005–2010, lo que se expresó luego en el Informe de Transición que elaborara el Ministerio de Desarrollo Social para el gobierno 2010–2015. Uruguay ya entonces diseñó propuestas y desplegó programas en relación a los cuidados de los niños y niñas –como el Plan CAIF en la órbita del INAU– y de las personas adultas mayores –a través de ASSE y el BPS.

En 2009, los cuatro partidos con representación parlamentaria incluyeron en sus programas de gobierno la necesidad de avanzar en el sentido de una mayor responsabilidad social en los cuidados.

En 2010, a través de la Resolución 863/010, el Presidente de la República creó el Grupo de Trabajo en SNC con una integración interinstitucional. Este Grupo se constituyó en el marco del Consejo Nacional de Políticas Sociales el día 15 de junio de 2010 y en él han participado regularmente el MIDES, MSP, MTSS, OPP, BPS, MEC, ASSE, INAU, INE, y MEF.

El Grupo de Trabajo consensuó en diciembre de 2010 una serie de lineamientos que se presentan en el capítulo 2 de este documento. A su vez, definió un plan de trabajo para 2011 que incluyó un amplio debate social que convocó a representantes de instituciones públicas, actores sociales y privados, etc.



Para ello, redactó tres documentos base<sup>5</sup> y los puso a consideración de nueve instancias centrales –tres por cada una de las poblaciones priorizadas– y veintidós instancias descentralizadas –tres en la capital, dos en el departamento de Canelones, y una en cada uno de los departamentos restantes. La convocatoria se centró en debatir sobre la problemática de los cuidados y sobre propuestas para responder a ese problema. De esta “Etapa de Debate” participaron más de 3200 personas en representación de más de 1800 organizaciones e instituciones de todo tipo, lo que demostró la importancia de esta propuesta y la necesidad de la misma. La síntesis de los resultados del proceso de debate –y de la discusión posterior del Grupo de Trabajo sobre ellos– se presenta en los siguientes capítulos de este documento.

La propuesta de un SNC que se presenta en los siguientes capítulos se inscribe dentro del marco político–conceptual de las políticas sociales que se ha dado en llamar “Reforma Social”, elaborado por el Consejo Nacional de Políticas Sociales<sup>6</sup> y aprobado por el Gabinete Social. La Reforma Social incorpora siete dimensiones relevantes de desigualdad a combatir a través de las políticas sociales: ingresos, territoriales, género, generaciones, étnico–raciales, discapacidad y orientación sexual e identidad de género.<sup>7</sup> El marco conceptual del SNC se construyó sobre estos mismos lineamientos, buscando contribuir al combate a estas desigualdades de forma integral.

***En los siguientes capítulos se presentan los siguientes componentes de la propuesta***

- a. *Bases Conceptuales para el Diseño de un Sistema de Nacional de Cuidados*, de forma de establecer los lineamientos políticos y estratégicos básicos para el trabajo de diseño propiamente dicho, basado en el “Documento de lineamientos y aportes conceptuales para el diseño de un sistema nacional integrado de cuidados” elaborado por el Grupo de Trabajo en 2010, aprobado por el Consejo Nacional de Políticas Sociales en diciembre del 2010.
- b. *Informe del proceso de consulta*.
- c. *Criterios para la selección de beneficiarios* dentro de las poblaciones de personas en situación de dependencia por discapacidad, personas adultas mayores dependientes e infancia con énfasis en primera infancia.
- d. *Propuestas de servicios, licencias y prestaciones* para las tres poblaciones objetivo, así como para las trabajadoras y trabajadores, remunerados y no remunerados, del sector de los cuidados.
- e. Propuesta de Institucionalidad.
- f. Propuesta de Financiamiento.
- g. *Propuestas en relación al Baremo de Dependencia, la evaluación y el monitoreo, y mecanismos de exigibilidad*

5 Consultorías de Gabriela Etchebehere en primera infancia, Jorge Papadopolos en personas adultas mayores dependientes, y María José Bagnato en personas con discapacidad dependientes.

6 “Reforma Social”. Aprobado el 12 de octubre de 2011.

7 Muchos de estos lineamientos ya estaban presentes en el Plan de Equidad (2008).

## Marco conceptual y político

En base al “Documento de lineamientos y aportes conceptuales para el diseño de un sistema nacional integrado de cuidados”, elaborado por el Grupo de Trabajo en 2010.

La Resolución 863/010 del Poder Ejecutivo crea “un Grupo de Trabajo, en el ámbito del Gabinete Social, para coordinar el diseño del Sistema Nacional de Cuidados, con representantes del Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, y Oficina de Planeamiento y Presupuesto, convocando al Banco de Previsión Social, al Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, a la Administración de Servicios de Salud del Estado, a los Gobiernos Departamentales y Municipales”.

En la Resolución Presidencial se mencionan una serie de elementos que hacen necesaria la construcción de un *Sistema Nacional de Cuidados*:

1. La atención a las personas dependientes, así como la promoción de la autonomía personal de las mismas constituye un desafío en el contexto de las políticas sociales a desarrollar por el Estado.
2. El reconocimiento de las personas en situación de dependencia conlleva la participación del conjunto de la sociedad, mediante un marco jurídico específico en el contexto de una política de protección social.
3. En general, son las mujeres las que asumen las tareas de cuidados. En especial, quienes tienen mayor carga de este tipo de trabajo no remunerado son las mujeres de hogares pobres, donde hay un mayor número de niños y niñas. Esta situación genera a estas mujeres serias dificultades para la inserción laboral estable y formal.
4. Es conveniente diseñar un *Sistema Nacional de Cuidados* para evitar, entre otras cosas, la duplicación de la carga de trabajo de las mujeres, su desvinculación del sistema educativo y del mercado laboral, con la consiguiente pérdida de oportunidades de desarrollo personal y la pérdida de su aporte a la producción y al crecimiento económico del país.

El gobierno tiene como objetivo central, junto con las metas de erradicación de la indigencia y reducción de la pobreza, alcanzar mayores cuotas de equidad, tanto en lo que hace a la distribución del ingreso como en relación a las dimensiones de género, generaciones y étnico-racial. Paralelamente, se plantea como objetivo construir en el principio de igualdad y no discriminación.

### 2.1 PRINCIPIOS ORIENTADORES

1. 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.
2. Partiendo de la concepción de que las personas son sujetos de derechos y que el Estado tiene la responsabilidad de garantizar el goce efectivo de los derechos, sin distinción de ningún tipo, el diseño de la política social incorporará las perspectivas de género, generaciones y étnico-racial.
3. El SNC se diseñará conjugando las estrategias de creación de servicios así como la posibilidad de transferencias monetarias. Si bien ambas estrategias deben estar presentes en el diseño, principalmente en primera infancia, se considera fundamental fomentar la oferta de servicios. Esto se debe

al impacto potencial que el Sistema pueda tener en términos de género y de la calidad del servicio prestado, lo que está altamente relacionado con los resultados que se puedan lograr en términos de bienestar. A la vez, la provisión de servicios por parte del sector público o el subsidio a la provisión privada determina en gran medida la capacidad de control y protección, por parte del Estado, del servicio, y de los trabajadores y trabajadoras del sector.

4. Se debe propiciar el cambio en la actual división sexual del trabajo, la cual tiene como base la imagen de los hombres como proveedores económicos priorizando su inserción laboral y la figura de las mujeres como “cuidadoras” de los afectos y la reproducción biológica y social de las personas del hogar. En este sentido, el SNC deberá integrar como criterio orientador el concepto de corresponsabilidad.
5. La descentralización territorial deberá ser una línea fundamental en este Sistema, buscando generar “servicios de cercanía” lo suficientemente flexibles como para tener en cuenta las necesidades específicas de cada comunidad en el servicio otorgado. La participación de la comunidad en este marco se torna esencial, para así lograr políticas adecuadas a los requerimientos locales.
6. 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, brindar capacitación para las personas que deseen incorporarse al mercado laboral luego de que sus tareas de cuidado sean sustituidas por el Sistema.
7. Funcionamiento colectivo y crecientemente coordinado de las organizaciones vinculadas al Sistema, en especial los organismos públicos. Se favorecerá el funcionamiento conjunto en el contacto directo con las poblaciones objetivo, fortaleciendo dichos espacios.

## 2.2 DEFINICIÓN DE CUIDADOS

Se trata de una función social que implica tanto la promoción de la autonomía personal como la atención y asistencia a las personas dependientes. Esta dependencia puede ser transitoria, permanente o crónica, o asociada al ciclo de vida de las personas.

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 (CEPAL, 2009). El cuidado es un componente central en el mantenimiento y desarrollo del tejido social, tanto para la formación de capacidades como para su reproducción.

El cuidado comprende actividades materiales que implican dedicación de tiempo y un involucramiento emocional y afectivo y puede ser realizado de forma remunerada o no (Aguirre, 2011). Así, la acción de cuidar implica ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria –bañarse, comer, movilizarse, etc.–, con el objetivo de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio.

“Se denomina *Sistema Nacional de Cuidados* al conjunto de acciones públicas y privadas que se desarrollan de forma articulada para brindar atención directa a las personas y a las familias en el cuidado de su hogar y de sus miembros” (Salvador, 2010:17). Al respecto, se deben hacer ciertas puntualizaciones sobre el concepto y su alcance en este caso. 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.

Así, se define como **población objetivo** a:

1. Los niños y niñas de 0 a 12 años con énfasis en primera infancia, de 0 a 3 años.
2. Las personas en situación de dependencia por discapacidad.
3. Las personas adultas mayores dependientes.

A la vez, existe otro grupo de personas que se verían directamente involucrados en el Sistema que son los cuidadores y cuidadoras, remunerados/as o no remunerados/as.

Considerando el criterio de universalidad, el Sistema deberá llegar en última instancia a todas las personas que pertenecen a estas poblaciones. Sin embargo, se estudiarán criterios para los primeros pasos del Sistema que focalizarán los esfuerzos en la población más vulnerable.

## 2.3 LA NECESIDAD DE UN SISTEMA NACIONAL DE CUIDADOS

Dentro del conjunto de fundamentos que respaldan la necesidad de contar con un SNC se pueden remarcar los siguientes:

1. El **reconocimiento de derechos sociales** por parte del Estado y la determinación de corresponsabilidades en relación al cuidado de personas dependientes, supone partir de la idea de que las personas son sujetos de derechos y que el Estado tiene la responsabilidad de garantizar su realización efectiva. Supone también promover la participación social de esos sujetos de derechos: aquellos/as que tienen derecho a ser cuidados/as y quienes tienen derecho a una distribución justa de las tareas de cuidados.
2. La consideración de la **dinámica demográfica del país**, fundamentalmente en lo que refiere al envejecimiento de la población y el consiguiente aumento de las personas no auto-válidas, implicado en el incremento de la esperanza de vida. Uruguay tiene, por un lado, un modelo demográfico de nivel socioeconómico alto, de pocos/as hijos/as y con un calendario de fecundidad más tardío, y –por otro lado– sectores en situación de vulnerabilidad socioeconómica, con un calendario de fecundidad temprano y de muchos/as hijos/as. Los requerimientos de cuidados en estos grupos son, en este sentido, diferenciales.
3. Los **fundamentos económicos** tienen al menos tres vertientes. Primero, el progresivo aumento de las tasas de actividad femenina en los últimos años, el aumento del nivel educativo formal y las necesidades de acceso a ingresos para lograr mayores niveles de autonomía económica. Estos fenómenos, que si bien se condicen con los esfuerzos de mejora de las capacidades de desarrollo del país a través del aprovechamiento de mayor cantidad de personas en la producción, coloca a las **mujeres en un conflicto para la conciliación entre la vida en el ámbito del hogar y las actividades en el empleo y la formación.**

La segunda vertiente se vincula con las **bases para el desarrollo económico de largo plazo** si logramos mejorar los niveles de educación de toda la población, comenzando por las nuevas generaciones. Las capacidades futuras de desarrollo en el sistema educativo y en las distintas actividades de las personas están estrechamente relacionadas y determinadas por la alimentación, el tipo de actividades lúdicas y el relacionamiento con pares de los niños y niñas en su primera etapa de vida.

Por último, la **provisión de cuidados por parte del mercado presenta problemas** que justifican la intervención estatal. En particular, quien contrata los servicios de cuidados para otra persona no tiene elementos para conocer o evaluar la calidad del mismo. Otro factor a considerar en este sentido, es la situación de explotación que vive un conjunto de las personas que brindan los servicios de cuidados debido a esta falta de regulación (y formación), estando además esta población compuesta en un alto porcentaje por mujeres afrodescendientes.

## 2.4 HACIA UNA POLÍTICA PÚBLICA DE CUIDADOS

Desde el Estado, algunas de las funciones como educación, salud pública, seguridad social, entre otras, brindan “cuidados”, pero no han sido originalmente pensados como tales y no acompañan directamente las necesidades de cuidados de las familias. A la vez, funcionan de manera desarticulada lo que no permite la potenciación de los impactos ni la mejor calidad de los servicios prestados.

Es necesario garantizar a los cuidados un marco estable de recursos y servicios para la atención de la dependencia, que alcance a configurarla como una nueva modalidad de protección social. Asimismo, el SNC debe ser absolutamente coincidente con la propuesta de construcción de una nueva matriz de protección social de corte universalista, cuyas bases y criterios de orientación se encuentran planteados en la Reforma Social.

Para lograr que el Sistema funcione como tal y que se logre una atención integral de la persona, se requiere de una aceptada coordinación entre los diferentes actores involucrados. Esto implica, entre otras cosas, la formación de los cuidadores y las cuidadoras, la regulación de los servicios prestados por el mercado y el análisis del mercado de trabajo considerando los potenciales impactos en términos de empleo.

## 2.5 IMPACTOS ESPERADOS

En el caso de Uruguay la función de cuidados a personas dependientes se encuentra altamente familiarizada y feminizada, esto significa que recae principalmente en las familias las tareas asociadas al cuidado, así como resolución de los conflictos vinculados a la compatibilización de estas con otras actividades de la vida social.

Un adecuado diseño del Sistema permitirá que los miembros de la familia puedan contar con opciones de servicios, instrumentos y prestaciones de calidad para las personas dependientes. Permitirá también **facilitar el acceso a estos servicios para todos aquellos que lo requieran, así como generar servicios que habiliten la compatibilización entre la familia, el trabajo y el estudio.**

En la misma línea, la implementación de un SNC **generará incentivos para el empleo**, dado que reduce los costos derivados del mismo. Esto implica no sólo el aumento de la fuerza de trabajo sino que promueve la autonomía de ingresos de los hogares. Por otro lado, el país aún posee tasas diferenciales de actividad y sería positivo para el desarrollo nacional el incremento de las mismas, en especial la femenina. Permite también **aumentar la productividad laboral de las mujeres** dado que la existencia de un SNC permitiría disminuir sus restricciones.<sup>8</sup> Por otro lado, la formalización y regulación de una serie de servicios y trabajo implica un gran avance respecto a derechos de trabajadores y trabajadoras del sector y un potencial retorno para la Seguridad Social.

Para las situaciones de personas en situación de dependencia por discapacidad en edad productiva, el brindar los apoyos necesarios en cuidados, apuntando a generar mayores niveles de autonomía, puede suponer la diferencia para su inclusión en el ámbito formativo y laboral.

En términos de igualdad de oportunidades y desarrollo de capacidades personales, un SNC para la primera infancia consolidado, con capacitación sólida y especializada para los/as distintos/as técnicos/as (cuidadores/as, educadores/as, psicólogos/as, nutricionistas, etc.) se vuelve **altamente necesario para la configuración de una estrategia de desarrollo a largo plazo**. Se podrían reducir las inequidades sociales que se gestan en la primera infancia vivida en un contexto de carencias materiales y ausencia de cuidados –y estímulos– de calidad, que en el peor de los casos se traducen en expresiones biológicas de la inequidad social.

Finalmente, el hecho de que se active un mecanismo sistémico que implique desde la formación hasta la regulación del cuidado, **debería repercutir de forma positiva en la calidad de los servicios brindados.**

En este mismo sentido, **la mejora de la formación y la regulación puede romper el círculo vicioso que se genera entre la formación de los educadores y educadoras, sus salarios, la calidad de los servicios y la valoración social de los/as mismos/as**. La falta de formación y la baja valoración del servicio llevan a que los salarios del sector sean bajos. Estos bajos salarios –y la falta de formación– repercuten negativamente en la calidad de los servicios, lo que refuerza su baja valoración social. A la vez, los bajos salarios del sector desincentivan la formación específica. Es relevante señalar que la exigencia y control de la capacitación de los/as trabajadores/as es sólo consistente si existen cursos de formaciones públicas de buen nivel, gratuitas y de fácil acceso.

Por último, el SNC **promueve la mejor utilización de servicios médicos** generando el correspondiente ahorro asociado, aumento del contacto de las personas con el Sistema de Salud, favoreciendo la prevención secundaria y mejores resultados en los tratamientos.

8 “(...) en la actualidad se puede afirmar que la crianza y el cuidado de los niños, la administración y organización de las tareas del hogar, el hecho de hacer frente a las emergencias e imprevistos (como enfermedades de los niños), etc. son primordialmente responsabilidades de las mujeres. Esto significa que la actividad laboral (mercado) de las mujeres (...) compita con otras tareas que se realizan fuera del mercado. (...) las obligaciones familiares pueden convertirse en una limitación importante para el trabajo remunerado.(...) Esto probablemente limite de manera significativa su productividad en relación con la de los hombres, quienes tienen menos actividades que compiten con el tiempo de trabajo remunerado” (Tenjo, Ribero, Bernat, 2006:188)

## Capítulo 3

### Proceso de Consulta<sup>9</sup>

Este capítulo es una puesta a punto sobre la Etapa de Debate para la construcción participativa del *Sistema Nacional de Cuidados*, realizado a lo largo del Uruguay entre los meses de Setiembre y Noviembre de 2011.

El proceso de debate para la construcción del SNC en Uruguay, que comenzó el 30 de Agosto de 2011, se desarrolló a lo largo de todo el país en cada una de las ciudades capitales departamentales. Se realizaron nueve debates a nivel central, tres por cada una de las poblaciones priorizadas: infancia con énfasis en primera infancia, personas en situación de dependencia por discapacidad, y personas adultas mayores también en situación de dependencia.

**El Grupo de Trabajo a cargo del diseño del SNC, definió como una de la estrategias fundamentales generar un proceso de participación ciudadana y territorialización que aportara al diseño.** Esta estrategia fundamentalmente se basa en el convencimiento de que:

- El cuidado es un Derecho y el Estado tiene la responsabilidad de garantizar la participación de la ciudadanía en el diseño de una política que dé respuestas desde las propias necesidades.
- El país ha desarrollado una importante acumulación conceptual desde las organizaciones de la sociedad civil y la academia y se hace necesario generar espacios para socializar la información existente, analizarla críticamente y generar propuestas colectivas que se basen en ello.
- El diseño e implementación de un SNC implica una transformación cultural en varios sentidos que requiere de una ciudadanía sensibilizada y que logre involucrarse desde el diseño en la identificación de sus necesidades.
- Las políticas sociales requieren de la mirada desde la especificidad de cada localidad que brinde elementos para lograr dar respuestas universales contemplando las particularidades.
- La salida al territorio sería a cargo de todo el Grupo de Trabajo lo cual remarca la necesidad de la interinstitucionalidad, avanzando un paso más allá de la coordinación y pasando a la implementación conjunta.

Los objetivos centrales perseguidos con este proceso de debate son: sensibilizar a nivel nacional sobre el SNC, favorecer la democratización de la información, descentralización y participación ciudadana, y generar mecanismos que permitan la inclusión de las realidades locales en las propuestas del SNC que se defina.

**Los contenidos de los debates se centraron tanto en el diagnóstico local de las necesidades de cuidado como en las propuestas de servicios.** Existe una serie de elementos referentes al cuidado que surgieron sistemáticamente en los debates: la dimensión de los afectos en los cuidados, su dimensión cultural y la dimensión de género, así como el rol de los cuidadores y cuidadoras. Las propuestas se refirieron a las tres poblaciones (respecto al diseño, institucionalidad y regulación) y a los cuidadores y cuidadoras. Además se plantearon propuestas respecto a las acciones identificadas como “apoyos a los cuidados”.<sup>10</sup>

Los debates fueron recogidos por las relatorías realizadas por los/as consultores/as contratados/as a tales efectos para las consultas de Montevideo y las relatorías que los/as técnicos/as a cargo de los talleres en el interior.

<sup>9</sup> Este capítulo está basado en el Informe sobre el Proceso de Debate elaborado por A.S. Mariela Solari en el marco de la coordinación del proceso de debate por parte del MIDES. Se recomienda su lectura para mayor detalle sobre la consulta nacional.

<sup>10</sup> Se entiende por “apoyos a los cuidados” aquellas acciones que implican potenciar o ampliar las líneas de trabajo ya existentes en otros servicios y que no son estrictamente cuidados pero que garantizan mejores cuidados a las personas dependientes.

### 3.1. DEBATES TERRITORIALES

Se generó un espacio importante de debate contando con la participación social en simultáneo en todo el país para la construcción de una nueva política pública con los insumos que se brindaron tanto a nivel local como central.

**La participación fue importante en número y diversidad de personas y organizaciones de todo el país en las tres temáticas.** Los aportes en la mayoría de los departamentos fueron vinculados directamente a la realidad local, tal como se pretendía.

En la mayoría de los casos se logró construir colectivamente el concepto de cuidados. Asimismo, se logró diferenciar conceptualmente la definición de cuidados de los de salud, educación y otras políticas estructurales.

**Cuadro 1:** Participación por instancia – Debates territoriales

Instancia	Participantes	Organizaciones
Artigas	94	71
Canelones Ciudad	65	47
Cerro Largo	55	36
Colonia	92	66
Durazno	74	57
Flores	61	53
Florida	84	66
Lavalleja	91	56
Maldonado	92	66
Mdeo Este	128	107
Mdeo Oeste	128	59
Pando-Atlántida	128	0
Paysandú	62	49
R Negro	69	42
Rivera	119	92
Rocha	99	54
Salto	116	73
San José	127	103
Treinta y Tres	105	75
<b>Total</b>	<b>1831</b>	<b>1202</b>

## 3.2. DEBATES CENTRALES

En el caso de los debates centrales, la construcción colectiva del concepto de cuidados se logró paulatinamente, por un lado, porque se realizaron tres debates sobre una misma población y, por otro lado, porque se realizaron cada uno de ellos en distintas semanas. En las tres poblaciones se pudo avanzar en propuestas más generales, sabiendo que se deben realizar cruces con las particularidades territoriales.

**Cuadro 2:** Participación por instancia – Debates centrales

Instancia		Participantes	Organizaciones
Lanzamiento		334	—
Primeros Debates	Infancia	91	49
	Discapacidad	112	65
	Adulto Mayor	100	65
	<b>Total</b>	<b>303</b>	<b>179</b>
Segundos Debates	Infancia	98	36
	Discapacidad	107	44
	Adulto Mayor	150	65
	<b>Total</b>	<b>305</b>	<b>145</b>
Terceros Debates	Infancia	94	30
	Discapacidad	115	35
	Adulto Mayor	140	65
	<b>Total</b>	<b>263</b>	<b>130</b>

En suma, la movilización de personas y organizaciones en torno a la convocatoria a discutir la conceptualización del cuidado, su diagnóstico y posibles soluciones, demuestra que la problemática está fuertemente instalada en la sociedad y es transversal a la misma. Esto implica que efectivamente **el cuidado es una necesidad sentida de la población a través de todo el territorio, reflejando que no es una moda ni un “lujo” del “primer mundo”**.

**El proceso de debate permitió consensuar socialmente de qué hablamos cuando hablamos de cuidado, incorporar el tema en la agenda pública, e igualar la información y conocimientos respecto al cuidado en Uruguay.** Además, dio lugar a la visualización de dos áreas que aún no están incorporadas al proceso de construcción del SNC y que surgieron como fundamentales: vivienda y transporte.

**Por otro lado, dio espacio para el aprendizaje de las realidades locales, que demostraron ser ampliamente diversas, habilitando su incorporación en el diseño e implementación de las políticas que se lleven a cabo.** Así, resulta claro que los servicios de cuidado que se instalen deben ser “de cercanía”, locales, de forma que sean utilizados por las comunidades y respondan a las necesidades que efectivamente se encuentran instaladas. Uno de los aprendizajes más importantes que se levantan del proceso de consulta es la amplia disposición de los agentes territoriales a aportar en la construcción e implementación del Sistema.





## Capítulo 4

### Poblaciones y priorización

El Grupo de Trabajo del SNC en el documento conceptual aprobado por el Consejo Nacional de Políticas Sociales, presentado en el capítulo 2 del presente documento, propone entre los principios orientadores del Sistema:

*“Como política basada en derechos, el Sistema Nacional de Cuidados apuntará a constituirse como **política 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 la universalización”*

La traducción de ese principio en poblaciones concretas, inicialmente se basó en definir, por un lado, el universo de las personas que reciben cuidados: infancia (con énfasis en primera infancia), personas adultas mayores dependientes, personas en situación de dependencia por discapacidad, y por otra parte la población de cuidadores/as.<sup>11</sup> Pero, por otro, aún resta definir en cada caso cuáles son los colectivos prioritarios en cada una de estas poblaciones, atendiendo especialmente aquellos/as que se ven afectados por el déficit de cuidados.

**Esta priorización debe tener en cuenta el objetivo de universalidad de esta política, garantizando el derecho al cuidado a todas las familias que lo requieran**, atendiendo el déficit de cuidado que afecta la vida de las personas dependientes y de las que personas que cuidan.

Las acciones a desarrollar se pueden agrupar en medidas que apuntan a: licencias, servicios, subsidios, formación, medidas de apoyo a los cuidados.

Para cada una de estas medidas deberán tomarse criterios unificados para adecuar las respuestas a las necesidades de los hogares, lo que lleva a buscar estrategias diferentes de priorización en función de las características de las prestaciones y de los requerimientos de las familias. Para dar inicio a la implementación de un SNC es necesario considerar la complejidad de estas situaciones y por ende se hace fundamental recurrir a criterios que den cuenta de ello así como la realización progresiva de acciones que implique una implementación gradual desde el 2013 en adelante y la aplicación de los pilotos en 2012.

En el caso de **primera infancia** se revisaron una serie de criterios que podrían aportar a la priorización de las familias beneficiarias: déficit de tiempo para la dedicación al cuidado, niveles de ingreso, tipo de hogar y condición de empleo de quien está a cargo del cuidado. Sin embargo, dada la diversidad de realidades de las familias, se entiende que los criterios mencionados no pueden ser excluyentes sino combinables. Por tanto, se propone la consideración conjunta de forma tal de adecuar el tipo de acción a las características de las familias y sus necesidades.

En el caso de las **personas con discapacidad y personas adultas mayores**, el primer paso será la identificación de su grado de dependencia dado que no todas las personas de estas poblaciones son dependientes y entre ellas existen grados diferentes de dependencia. Resulta relevante tener en cuenta que se hace referencia a la identificación y gradación de la dependencia, y no de la discapacidad; la determinación de la discapacidad se rige por baremos diferentes que la determinación de la dependencia.

Así, **se torna fundamental la adaptación de baremos internacionales de dependencia a la realidad local y la capacitación de equipos técnicos descentralizados capaces de aplicarlos**.<sup>12</sup> Cabe destacar que la adaptación de baremos internacionales a la realidad local, supone obtener una medida que, además de evaluar los aspectos funcionales, incorpora un índice de los aspectos sociales, es decir, de la situación vital de la persona y su contexto. Una vez que se cuente con esta herramienta, se podrá ca-

<sup>11</sup> El universo de las personas que cuidan es básicamente femenina y del ámbito familiar.

<sup>12</sup> Se recomienda que este baremo sea el mismo que el de personas adultas mayores.

talogar a la población dependiente en tres categorías según el nivel de dependencia: severa, moderada y leve.<sup>13</sup>

En suma, se requiere por un lado, **considerar que la unidad es la familia**<sup>14</sup> atendiendo los criterios de corresponsabilidad en el cuidado que involucren a adultos varones y mujeres, y por otro, determinar una serie de criterios combinables.

Los criterios de priorización deberán combinar:<sup>15</sup>

1. Composición del hogar y la familia de las personas a ser cuidadas
  - Número de los/as niños/as en el hogar y personas dependientes.
  - Edad de los/as niños/as en el hogar.
2. Criterios en base a las personas que son cuidadas
  - Grado de dependencia (en el caso de personas con discapacidad y personas adultas mayores).
3. Criterios en base a la persona que cuida
  - Condición de empleo de las personas que cuidan en la familia (eso determina el tipo de apoyo diferenciado y el aporte que la familia puede hacer para la contratación del mismo).
  - Nivel educativo de las personas a cargo del cuidado.

Las características a tener en cuenta para el tipo de servicio tienen que ver, en primer lugar, con las condiciones habitacionales (que determinan posibilidades de cuidado en el hogar o fuera del hogar) así como con la realidad local (ruralidad, servicios de cercanía existentes).

**El nivel de ingreso determinará la contribución que los hogares puedan realizar al Sistema.**

La construcción de un instrumento, o una serie de instrumentos de priorización, que consideren un conjunto amplio de variables que influyen tanto en las necesidades de cuidados como en las posibilidades de las familias de proveer cuidado de buena calidad, permite la priorización de las familias entre los diferentes servicios que se proyectan.

---

13 Para más detalles sobre esta agrupación ver el documento base de personas con discapacidad.

14 Se debe tener en cuenta que en el caso de las residencias de larga estadía los criterios deberán modificarse dado que muchos de ellos no aplican a hogares colectivos.

15 Estas variables son sólo indicativas de las características que deberían de tenerse en cuenta.

# Capítulo 5

## Propuestas de Cuidados para las cuatro poblaciones

### A. PROPUESTAS PARA EL SISTEMA NACIONAL DE CUIDADOS

#### 5.A.1 Infancia con énfasis en primera infancia<sup>16</sup>

La presente propuesta para el SNC para infancia se enmarca en un nuevo escenario de roles y funciones en el cuidado infantil. Este escenario está asociado a cambios en las estructuras familiares, la vertiginosidad de la vida diaria y los quiebres en los lazos y redes de sostén social. Surgen conceptos como “crisis de la parentalidad” (Guerra, 2008) o “crisis de protección y cuidado” (Giorgi, 2004).

La pregunta que se busca resolver es ¿cómo definir una política pública que garantice tanto el derecho de niños y niñas a desarrollarse integralmente, a través de cuidados de calidad, así como el derecho de las familias a ser apoyadas en esta corresponsabilidad a través acciones que reviertan la carga de trabajo femenino no remunerado que implica esta atención?

**En el subgrupo interinstitucional de infancia se llegó a los siguientes acuerdos conceptuales:**

- No contraposición de los derechos de unos contra otros: mujeres–niños/as–familias
- Sistema implica diversidad de ofertas y la posibilidad de combinarlas
- Promover la capacidad de decisión de las familias
- Necesidad de establecer parámetros mínimos comunes de calidad
- Continuidad etaria, visualizar el continuo de la infancia
- Necesidad de armonizar trabajo remunerado y de cuidados

**Las propuestas que se presentan para la primera infancia combinan servicios, licencias y prestaciones, considerando de forma diferencial a los niños y niñas menores de doce meses, de aquellos entre uno y tres años.** A la vez, se distinguen las propuestas universales, de aquellas focalizadas en situaciones de pobreza e indigencia, como parte de la Red de Asistencia e Integración Social con afán de lograr su articulación.

##### 5.A.1.1 Situación en Uruguay

Aún cuando se observan estas importantes modificaciones en la sociedad, la evidencia disponible para Uruguay muestra que **la distribución de roles dentro del hogar no ha cambiado sustancialmente: aún son las mujeres las que ocupan el rol principal de cuidadora dentro de los hogares.** La oferta de servicios tampoco se ha adaptado a esta nueva realidad. Esta es escasa y poco flexible ante una demanda que es muy heterogénea. Así, no se logra que garantice el complejo equilibrio entre trabajo y familia, en la medida que la inserción laboral de las mujeres requiere nuevas modalidades de atención. El déficit en la provisión de cuidados conlleva entonces que muchas mujeres no logren compatibilizar la vida pública con la privada, desencadenando problemas de desacumulación de capacidades, valores y afectos, y una oferta laboral menor de la potencial.

<sup>16</sup> Esta sección está basada en el documento base conceptual de infancia, las relatorías del ciclo de debates a nivel nacional y los acuerdos alcanzados en el Grupo de Trabajo de SNC y su subgrupo interinstitucional de infancia.

Hay cada vez más estudios que brindan evidencia empírica de lo crucial del desarrollo en las primeras etapas de la vida: *“La etapa comprendida entre los cero y los tres años de edad se caracteriza por ser el período de la vida en el cual se sientan las bases de todo el desarrollo posterior del individuo, a través de la interacción de cada niño/a con su ambiente humano y material. En este período, tienen lugar procesos neurofisiológicos cruciales, que configuran las conexiones y las funciones del cerebro, las cuales definen en parte importante la naturaleza y la amplitud de las capacidades adultas”* (Bedregal y Pardo, 2004:4).

**El nacimiento de hijos/as plantea a las familias la construcción de una serie de estrategias para cubrir las necesidades de cuidados. Actualmente estas estrategias resultan en general insuficientes.** Por un lado, no garantizan la calidad de los servicios, especialmente en lo que refiere a la estimulación oportuna de niños y niñas y su alimentación. Por otro lado, sobrecargan a las mujeres, impidiendo que estas ingresen al mercado de empleo o que permanezcan en el sistema educativo.

Respecto a la inserción de las mujeres al mercado de empleo, cabe destacar que **la resolución de los cuidados de los niños y niñas es muy distinta en distintos niveles socio- económicos:** “De acuerdo a los estudios realizados, la atención a esta población en los hogares de menores ingresos es altamente dependiente del sistema público y del trabajo no remunerado del hogar. A eso se suma una importante división sexual del trabajo que deja a las mujeres marginadas del mercado laboral (inactivas, desempleadas u ocupadas a tiempo parcial). En cambio en la medida en que los ingresos aumentan se constata una mayor contratación de servicios de cuidado privados (centros de educación inicial, niñeras)” (Salvador, 2009:36).

Los cambios producidos en la sociedad, llevaron también a cambios en las pautas culturales de la familia. **Hoy se encuentran conviviendo estructuras familiares tradicionales junto a otras nuevas conformaciones.** No obstante, los roles de sostén, continencia, afecto y cuidados continúan siendo desempeñados por las familias, más allá de la conformación de la misma (Mara, 2009). Sin embargo, ante estos cambios las familias no están exentas de las dificultades para desarrollar sus funciones tradicionales. Por lo tanto, las nuevas formas de crianza dan cuenta de que se necesitan otras instituciones, además de la familia para colaborar con ella en dichas funciones.

**Respecto a los cuidados en el hogar remunerados, el país no cuenta con ningún tipo de normativa o regulación para garantizar la calidad de los mismos, tampoco existe formación específica para el desempeño de dicha tarea.** Sí existen servicios que se prestan, en general asociados al servicio doméstico.

**Durante los primeros doce meses de vida de niños y niñas se estima conveniente que el cuidado sea realizado dentro del hogar, con una alta participación de padre y madre.** Por esto, las propuestas que se presentan en la siguiente sección para niños y niñas menores a doce meses hacen énfasis en las licencias y en el programa de cuidados domiciliarios.

La baja asistencia a centros de educación inicial en niños pequeños se debe fundamentalmente a dos razones: a) insuficiencia de servicios y b) a la baja calidad de muchos de ellos. Estos aspectos se intentan abordar especialmente en las propuestas presentadas.

**En el caso de los cuidados en centros, la calidad se torna un elemento central, tanto para que la familia decida hacer uso del servicio, como para que influya positivamente en el desarrollo del niño/a.** En este sentido, la calidad de estas propuestas se asocia fundamentalmente a:

- Bajos ratios niño/a-adulto/a
- Grupos reducidos, con la calificación adecuada del personal (tanto en la tenencia de titulación adecuada como en relación a formación especializada “en servicio”)
- Estabilidad del personal (básicamente en los servicios asentados en centros)

**5.A.1.2 Principales propuestas y líneas de trabajo a priorizar**

Población / Eje	Sistema Nacional de Cuidados para la infancia
	<p><b>DISEÑO e IMPLEMENTACIÓN:</b> Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios.</p> <p><b>IMPLEMENTACIÓN:</b> <b>Licencia maternal y paterna</b> ampliada e igualada entre trabajadores/as del sector público, privado, no dependientes y monotributistas.</p> <p><b>DISEÑO e IMPLEMENTACIÓN:</b> Extensión licencia paterna y materna (lactancia y cuidado).</p> <p><b>ESTUDIO:</b>  <b>Licencia paterna de 1 mes</b> luego del nacimiento.  <b>Medio horario paterno</b> entre los 2 y los 6 meses.  <b>Licencias parentales por enfermedad de niños/as.</b></p> <p><b>DISEÑO e IMPLEMENTACIÓN:</b> <b>Subsidio (bonos)</b> para asistencia a centros privados.</p> <p><b>DISEÑO e IMPLEMENTACIÓN:</b> <b>Centros en empresas</b> – medidas de promoción para su apertura.</p> <p><b>ESTUDIO:</b> <b>Ampliación de centros públicos</b> de atención diaria para 1 a 3 años para toda la población.</p>
Población / Eje	Sistema Nacional de Cuidados para la infancia
<b>Pobres y vulnerables a la pobreza</b> (250 mil hogares)	<b>DISEÑO e IMPLEMENTACIÓN:</b> Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios.
	<b>IMPLEMENTACIÓN:</b> <b>Ampliación de CAIF</b> de atención diaria para 2 y 3 años
	<b>IMPLEMENTACIÓN:</b> <b>Ampliación de CAIF</b> de atención diaria para 1 año.
	<b>IMPLEMENTACIÓN:</b> <b>Fortalecimiento y aumento de cobertura</b> de centros públicos de atención de niños de 0 y 1 año –por ejemplo Centros de Día–.
Población / Eje	Sistema Nacional de Cuidados para la infancia
<b>Indigentes y vulnerables a la indigencia</b> (30 mil hogares)	<b>DISEÑO e IMPLEMENTACIÓN:</b> Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios.
	<b>DISEÑO e IMPLEMENTACIÓN:</b> <b>Cupos de inclusión</b> en centros de cuidados de empresas – Promoción para su apertura
	<b>IMPLEMENTACIÓN:</b> <b>Salas de encuentro</b> (ampliación de cobertura) para la preparación del parto.

**5.A.1.3 Breve descripción de los servicios propuestos**

Las propuestas pueden organizarse en dos grandes grupos de políticas dentro y fuera del hogar.

**a. Dentro de hogar***Licencias*

En primer lugar, **se promueve la ampliación de las licencias maternas, paternas y de lactancia, contemplando a trabajadoras privadas, unipersonales y monotributistas.** Esto se basa en la recomendación de que los niños y niñas menores de doce meses, de ser posible y de elección de la familia, permanezcan en el hogar y que el período de lactancia sea de al menos seis meses. Asimismo, la ampliación de las licencias paternas permite fortalecer el vínculo de los varones con sus hijos/as, habilitando procesos de corresponsabilización dentro de los hogares. El diseño específico del esquema de ampliación de estas licencias dependerá de sus costos, impactos en el mercado laboral y en el bienestar de los niños y niñas.

*Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios*

Por otro lado, **se creará un Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios que ofrecerá servicios de cuidado dentro de los hogares**, priorizando los/as niños/as más pequeños/as. El objetivo es brindar servicios de calidad, con cuidadores/as capacitados/as para esta función: el programa contará con un componente de capacitación y de certificación de competencias para quienes ya se encuentran realizando la tarea.

**b. Fuera del hogar**

Los servicios fuera del hogar pueden ser públicos o privados.

*Centros públicos*

**Respecto a los centros públicos se pretende la universalización de la atención diaria (cuatro horas mínimo) para niños/as de 2 y 3 años pertenecientes a hogares pobres y vulnerables a la pobreza a través del modelo CAIF.** Paralelamente, se propone la implementación de un programa piloto para esta misma población de atención diaria de niños/as de un año y su posterior ampliación en caso de que la evaluación resulte positiva.<sup>17</sup> **Una vez que se alcancen los objetivos de cobertura en la población en situación de pobreza y vulnerabilidad a la misma, se propone el estudio de la ampliación de estos servicios a toda la población.**

Asimismo, se propone que los servicios sean flexibles de modo de incorporar niños/as de 0 a 12 meses para los casos en los cuales la atención en domicilio no sea recomendable o deseada por la familia.

*Centros privados*

En el caso de los centros privados, **se pretende hacer uso de la capacidad ociosa de los centros privados que existen actualmente entregando bonos a las familias para que los utilicen en centros que cuenten con la habilitación correspondiente.** En la medida en que la construcción de un centro público puede resultar muy costosa y requerir de mucho tiempo, este esquema permite una rápida respuesta de buena calidad para la atención de niños que lo requieran.

Por otro lado, se busca promover la **instalación de centros en empresas para la atención de los/as hijos/as de los/as empleados/as y también de los/as niños/as de la zona** en la que se encuentra la empresa de modo de promover la inclusión en estos centros.

El apoyo a **las familias más vulnerables** merece una nota aparte. Además de la inclusión de las mismas en las propuestas anteriores, se planifica la atención, seguimiento y apoyo de estas familias de modo de acompañar el proceso de desarrollo y crecimiento de los niños y niñas, además de apoyar los procesos de crianza. Los programas específicos de trabajo con las familias en los hogares y en la comunidad que están en proceso de ampliación o diseño son: SOCAT, Plan Aduana, Salas de Encuentro para embarazadas y sus familias, y Uruguay Crece Contigo.

**5.A.2 Personas en situación de dependencia por discapacidad<sup>18</sup>**

La aplicación de políticas de cuidado a la población en situación de dependencia por discapacidad requiere del establecimiento de criterios unificados para la determinación de prestaciones y servicios. Esto implica la construcción de instrumentos de valoración de los grados de dependencia (severa, moderada y leve) que tengan en cuenta la necesidad de ayuda de tercera persona y apoyos para realizar las actividades de la vida diaria, así como los factores contextuales socio-económicos y culturales.

Se establecen dos grandes grupos de propuestas en función de donde se realizan los cuidados: dentro y fuera del hogar. **Los cuidados dentro del hogar implican aquellas ayudas que fueron definidas dentro del concepto de cuidado para mejorar la autonomía personal y apoyo familiar. A su vez es-**

17 Actualmente se encuentra planificada la construcción de cien centros CAIF más, lo que cubriría casi completamente la demanda en el primer quintil de ingresos. Cada uno de estos centros atenderían aproximadamente cien niños/as, y estarían distribuidos de la siguiente manera: 50 en Montevideo, 17 en Canelones y 33 en el resto del interior. Además, todos los nuevos centros contarán con un grupo para la atención diaria de niños/as de un año. Se debe tener en cuenta también que actualmente funcionan 19 centros CAIF con atención diaria a niños/as de un año (17 en Montevideo, dos en Canelones y uno en Rivera).

18 Fundamentación realizada en base al documento base de personas con discapacidad.

**tos apoyos serán diferenciados de acuerdo al grado de dependencia.** Los cuidados dentro y fuera del hogar incluyen apoyos personales y no personales.

Por apoyo personal se entiende a una tercera persona (cuidador/a no familiar, o asistente personal), mientras que por apoyo no personal se incluye a todas las ayudas técnicas y tecnológicas, así como los apoyos para la adaptación y accesibilidad de las viviendas.

Es previsible que las dependencias severas y moderadas siempre requieran apoyos externos y, en este sentido, no modifiquen su situación de dependencia cuando son de carácter permanente, aunque sí mejore su nivel de autonomía. Sin embargo, **aquellas personas que se encuentren en situación de dependencia leve pueden dejar de requerir apoyos externos si acceden a servicios de habilitación-rehabilitación y se logra una adecuada articulación con los sectores educativos y laborales.** Por tanto, podrán tener una mayor movilidad en cuanto a entrada y salida del Sistema.

Cabe, entonces, destacar la importancia de los procesos de habilitación/rehabilitación para cualquier nivel de dependencia. A modo de ejemplo, una persona con discapacidad visual puede ser dependiente moderada y severa si no tuvo acceso a un proceso de rehabilitación cuando esta discapacidad, en sí misma, no debería generar esos niveles de dependencia.

### **5.A.2.1 Situación en Uruguay**

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. Esto implica que puede producirse durante toda la vida o incurrir en alguna etapa de la misma y ser permanente a partir de allí. Afecta a la persona que la presenta, como a los miembros de su familia; aparecen necesidades específicas alrededor del hecho de la dependencia por discapacidad, implicando cambios en la organización de la vida cotidiana, de la planificación económica y de la proyección del futuro.

Si bien este colectivo comparte características con los otros subgrupos de población identificados, **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 socio-económico y por la presencia o ausencia de redes sociales de apoyo.** Además, como se señala, puede ocurrir a lo largo de todo el ciclo de vida, requiriendo cuidados específicos según se trate de niños/as, adolescentes, jóvenes, adultos/as o personas adultas mayores.

Al igual que a nivel mundial (Informe mundial sobre la discapacidad, OMS, 2011), en nuestro país la prevalencia de discapacidad se ve aumentada en las familias del quintil más pobre (CNHD-INE, 2004), así como en los grupos étnicos minoritarios. La insatisfacción de necesidades básicas, como lo es una buena alimentación y controles durante el embarazo y los primeros años de vida especialmente, el no acceso a determinados bienes y servicios, como una adecuada atención sanitaria, la educación, el trabajo y el transporte, genera efectos negativos que pueden agravar o generar dependencias por discapacidad en un futuro.

Si bien no existen estudios específicos sobre los cuidados familiares en discapacidad, los estudios existentes (Salvador, 2009; Batthyány, 2004; Courtoisie, Deleón y Dodel, 2010) sostienen que los cuidados dentro del hogar han sido realizados en el seno familiar; históricamente y como consecuencia de estereotipos de género, una actividad femenina generalmente no remunerada, sin reconocimiento ni valoración social.

Estadísticamente, **las mujeres cuidadoras de personas en situación de dependencia por discapacidad, (madres, hermanas o abuelas mayormente) 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 sólo a nivel de los cuidados en el hogar, sino también de posibilidades de acceso al mundo laboral y social.

En Uruguay, un dato relevante en sí mismo es que no existen estudios específicos a nivel poblacional que describan la situación de dependencia por discapacidad. Así como se ha señalado más arriba, se reconoce que algunos servicios –educación, salud pública, seguridad social, entre otros– brindan



“cuidados” pero no han sido originalmente pensados como tales y 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.<sup>19</sup> 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 la calidad de los mismos, 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.

Las propuestas para el diseño del *Sistema Nacional de Cuidados*<sup>20</sup>, proponen también asegurar una adecuada protección social: i. la creación de políticas que contemplen necesidades insatisfechas de cuidados a personas con dependencia por discapacidad en la primera infancia, ya que no existe oferta pública ni privada inclusiva o específica para esta etapa; ii. una educación inclusiva en la etapa de escolarización de cuatro a doce años que contemple las necesidades educativas específicas de los niños y niñas en situación de dependencia por discapacidad; iii. la necesidad de creación de centros de día y talleres asistidos con capacitación laboral para adolescentes y jóvenes e inclusión laboral de adultos mediante modalidades de trabajo asistido, teletrabajo y talleres de producción protegidos (los servicios existentes dirigidos a personas con discapacidad en general no contemplan la situación de dependencia); iv. en la etapa de personas adultos mayores donde confluyen la dependencia intergeneracional, especialmente de las madres, principales cuidadoras hasta el momento, la creación de residenciales y viviendas tuteladas<sup>21</sup>; v. la creación de políticas de cuidado y promoción de la autonomía de las personas cuidadoras, inexistentes hasta el momento.

### 5.A.2.2 Principales propuestas y líneas de trabajo a priorizar

Dentro del hogar	Sistema Nacional de Cuidados: Personas en situación de dependencia por discapacidad
Cuidador no familiar	<b>DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN:</b> Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios: Asistencia dentro de domicilio, modalidad respiro. <b>DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN:</b> Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios: Asistencia para actividades específicas fuera del hogar. <b>DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN:</b> Incentivo a experiencia de voluntariado.
Teleasistencia	<b>DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN:</b> Programa de Teleasistencia
Ayudas técnicas	<b>DISEÑO e IMPLEMENTACIÓN:</b> Programa Nacional de Ayudas Técnicas.
Fuera del Hogar	Sistema Nacional de Cuidados: Personas en situación de dependencia por discapacidad
Centros diurnos	<b>DISEÑO:</b> Extensión horaria de servicios existentes, con regulación acorde y certificación de calidad. <b>DISEÑO:</b> Creación de nuevos centros para cubrir la demanda <b>DISEÑO:</b> Inclusión de cuidadores/asistentes en los centros.
Centros residenciales	<b>DISEÑO:</b> Regulación acorde y certificación de calidad de servicios existentes. <b>DISEÑO e IMPLEMENTACIÓN:</b> Centros de larga estada (con prioridad para personas sin familia).
Viviendas tuteladas	<b>DISEÑO:</b> Creación gradual de viviendas tuteladas para promoción de autonomía de adultos.
Servicio de curatela	<b>DISEÑO:</b> Creación gradual de servicios de curatelas para todas las edades.

19 Documento base población personas con discapacidad dependientes.

20 Documento base población personas con discapacidad dependientes.

21 Documento base población personas con discapacidad dependientes.

**5.A.2.3 Breve descripción de los servicios propuestos****a. Cuidados fuera del hogar**

Implica la incorporación de nuevos servicios, así como la adecuación de los servicios existentes para cumplir con los requerimientos del SNC.

Actualmente existen servicios ofertados por el mercado, y OSC que podrían ser equiparables a las necesidades de cuidado en situación de dependencia. Sin embargo, esta oferta no está regulada ni existen estándares mínimos de calidad, tanto para regular la actividad privada, como para aquellas actividades que podrían incluirse dentro de la atención a la dependencia que se ejecuta a través de convenios con el Estado.

Se deberá avanzar en la propuesta de una normatización de dichos estándares, contemplando los criterios del SNC: aportar a la autonomía y la inclusión social de las personas en situación de dependencia. Los mismos estándares deberán regir para los servicios a crearse. Deberá incluir el tipo de servicio a prestar tanto como los requerimientos de formación y perfiles de los recursos humanos. Por servicios fuera del hogar se entienden: centros diurnos, centros residenciales y viviendas tuteladas.

La participación de la persona con discapacidad en situación de dependencia, en un servicio por parte del Sistema deberá surgir de la evaluación de la dependencia.

*Centros diurnos*

Comprenden a aquellos que atienden las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas con diferentes grados de dependencia, promoviendo la autonomía.

*Centros residenciales*

Pueden ser temporales o definitivos, brindan atención integral, alojamiento, manutención, asistencia y un hogar alternativo con los cuidados necesarios según grado de dependencia. Tendrán prioridad las personas que no cuenten con apoyos familiares, siendo último recurso.

*Viviendas tuteladas*

Destinadas a personas en situación de dependencia por discapacidad que tienen algún grado de autonomía, con los apoyos necesarios para conseguir un adecuado funcionamiento personal (habitualmente son en grupos). En general puede comprender a las personas con dependencia moderada y leve.

*Para el caso del Servicio de curatela*

Deberá implementarse un servicio social especializado para personas jurídicamente incapaces a falta de familiares responsables.

**b. Cuidados dentro del hogar***Cuidador/a no familiar*

**Para personas con dependencia severa y moderada se propone el asistente personal para las actividades dentro del hogar y para realizar actividades fuera del domicilio.** El proyecto piloto implica que el Sistema podrá ofrecer un número determinado de horas semanales de asistente personal que contribuyan al cuidado que generalmente realiza la familia.

La determinación de la cantidad de horas semanales deberá definirse según criterios que surjan de la aplicación de los instrumentos de valoración de la dependencia, y será a elección de la persona con discapacidad y su familia, según corresponda la responsabilidad, los días y las actividades para los cuales se hará uso de la prestación. En este caso podrá ser aplicable tanto para tareas de asistencia/cuidado en domicilio como para actividades fuera de domicilio, acompañamiento a lugares de trabajo, estudio, referidas al cuidado de la salud o esparcimiento. El cuadro refiere a “modalidad respiro” para indicar que no se cubrirá por el Sistema la totalidad de horas semanales de asistencia que requiere la persona.

**Para personas con dependencia leve, y de acuerdo a la aplicación del instrumento de valoración, se podrá indicar la adjudicación de horas de asistente personal para actividades fuera del hogar.** En este caso también se propone una cobertura parcial a elección de la persona o su familia cuando corresponda. Para este grupo, se propone como otro componente, el implemento de un *Programa de Voluntariado* con una perspectiva intergeneracional que, contribuya a la autonomía personal y promueva

las actividades de inclusión fuera del ámbito familiar. Particularmente se plantea para el desarrollo de actividades de tiempo libre y esparcimiento.

#### *Teleasistencia*

El servicio de teleasistencia, también será determinado por la aplicación del instrumento de valoración de dependencia, y se priorizará para aquellas personas que viven solas, o estén varias horas del día solas en el domicilio. Es particularmente aplicable a personas adultas y adultas mayores en situación de dependencia por discapacidad.

#### *Apoyos para la adaptación y accesibilidad de la vivienda*

A partir de las recomendaciones surgidas de la valoración de la dependencia se podrá determinar un apoyo para dichas adaptaciones. Estas prestaciones serán particularmente articuladas con el *Programa Nacional de Ayudas Técnicas*. Serán aportadas por única vez para la vivienda, pudiéndose modificar si la persona cambia de domicilio, requiriendo una nueva valoración. En este caso las ayudas podrán ser totales o parciales, dependiendo de las posibilidades económicas de la persona con discapacidad.

#### *Programa Nacional de Ayudas Técnicas*

Reorganización de los servicios actuales que brindan préstamos y adjudicaciones de prótesis y ortesis, y otras ayudas técnicas como sillas de ruedas, bastones, el laboratorio de prótesis y ortesis, e incluirá las ayudas tecnológicas. Su reorganización implica crear un sistema de gestión e información para recepción de necesidades y su adjudicación con alcance nacional, así como una reorganización de las donaciones recibidas por el país para el ámbito público. Deberá estar en estrecha articulación con la gestión de valoración de dependencia del SNC sin perjuicio de los cometidos de los ya existentes.

### **5.A.3 Personas Adultas Mayores en situación de dependencia**

La implementación de servicios de cuidados para la población adulta mayor dependiente implica la creación o adaptación de instrumentos de valoración de la dependencia. Estos instrumentos deberán medir la necesidad de apoyo para la realización de las actividades de la vida diaria e incorporar aspectos relacionados a los factores contextuales socio-económicos y culturales. Se clasificará la dependencia como severa, moderada o leve. **La implementación de una política de cuidados para las personas mayores en Uruguay implica necesariamente un enfoque universal aunque con un proceso gradual de ingreso al Sistema que tome en cuenta estas dimensiones.**

En el proceso de trabajo y discusión hacia un SNC se destacan una serie de servicios dirigidos a distintos contextos y perfiles de población mayor, sin embargo, en el corto plazo dos líneas de acción tienen relevancia a partir de su estructura de respuesta y posibilidades de impacto: mejora en la calidad de los servicios dirigidos a las personas adultas mayores dependientes que viven en instituciones de larga estadía y servicios de apoyo a personas adultas mayores dependientes (y a sus cuidadores/as) que viven en sus hogares.

#### **5.A.3.1 Situación en Uruguay**

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

- el peso creciente del grupo de las personas más viejas,
- 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.

Papadópulos (2011) señala que el 24% de las personas mayores viven en hogares unipersonales, el 32,1% en hogares 'pareja sola' y el 19,8% en hogares extendidos. Es en estos hogares donde se encuentra la mayor demanda de cuidados porque no los reciben o porque los reciben parcialmente o de mala calidad. En los hogares extendidos y 'pareja sola' es factible que se genere, además, una sobrecarga del familiar –casi siempre mujer– que realiza la tarea de cuidado. En el caso de los hogares 'pareja sola' se presenta además el agravante de que la persona que cuida es usualmente también una persona mayor, con el riesgo a la salud que esto conlleva.

Para personas adultas mayores dependientes que residen en sus hogares, el SNC impulsará un servicio de cuidados domiciliarios, un servicio de teleasistencia y centros de día, que se describen más adelante.

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). 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 que están o no habilitadas por el MSP. La habilitación e inspección es competencia del MSP e implica cumplir con la Ley 17.066 de política general en materia de ancianidad. La habilitación del MSP implica estar inscriptos en el Registro Único Nacional a cargo de dicho Ministerio.

**En este marco, la inclusión de la regulación de las residencias de larga estadía con fines de lucro es un elemento prioritario en una primera etapa del SNC.** Sus objetivos son asegurar una calidad asistencial y de respuesta a las situaciones de dependencia que presentan las personas que viven en este tipo de residencias y homogeneizar la calidad en todos los residenciales para personas mayores, tanto públicos como privados.

Deberán llevarse a cabo acciones que puedan dar respuesta a una serie de problemáticas que están vinculadas actualmente a esta modalidad: calidad de los servicios, capacitación, mejora y adaptación de infraestructura.

### 5.A.3.2 Principales propuestas y líneas de trabajo a priorizar

Población / eje	Sistema Nacional de Cuidados: personas adultas mayores en situación de dependencia
Personas que residen en instituciones de larga estadía	<p><b>DISEÑO:</b> Marco regulatorio de cuidados fuera del hogar (análisis actualizado de las realidades presentes y futuras de la Ley 17.066).</p> <p><b>DISEÑO e IMPLEMENTACIÓN:</b> Protocolos de intervención, creación de estándares mínimos de servicios, subsidio público–privado con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios.</p> <p><b>DISEÑO:</b> Cambios en las estrategias de derivación.</p> <p><b>DISEÑO e IMPLEMENTACIÓN:</b> Centros regionales de referencia en materia de cuidados.</p>
Personas que residen en el hogar	<p><b>DISEÑO:</b> Marco regulatorio de cuidados dentro del hogar (regulación de servicios de acompañantes).</p> <p><b>DISEÑO e IMPLEMENTACIÓN:</b> Ley reglamentaria de licencia de familiares directos por cuidados de personas dependientes.</p> <p><b>DISEÑO e IMPLEMENTACIÓN:</b> Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios.</p> <p><b>DISEÑO e IMPLEMENTACIÓN:</b> Programa de refacción y adaptación de las viviendas a las situaciones de dependencia.</p> <p><b>DISEÑO e IMPLEMENTACIÓN:</b> Programa de Teleasistencia</p> <p><b>DISEÑO e IMPLEMENTACIÓN:</b> Programa de Viviendas Tuteladas</p> <p><b>IMPLEMENTACIÓN:</b> Centros de día</p>

### 5.A.3.3 Breve descripción de los servicios propuestos

#### a. Cuidados dentro del hogar

##### *Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios*

Este programa busca ofrecer apoyo para las actividades dentro del hogar y para realizar actividades fuera del domicilio. El proyecto piloto implica que el Sistema podrá ofrecer un número determinado de horas semanales de servicio que contribuyan al cuidado que generalmente realiza la familia. La determinación de la cantidad de horas semanales deberá definirse según criterios que surjan de la apli-

cación de los instrumentos de valoración de la dependencia, y será a elección de la persona dependiente y su familia según corresponda la responsabilidad, los días y las actividades para los cuales se hará uso de la prestación. Podrá ser aplicable tanto para tareas de cuidado en domicilio como para actividades fuera de domicilio, como por ejemplo cuidado de la salud o esparcimiento. El cuadro refiere a “modalidad respiro” para indicar que no se cubrirá por el Sistema la totalidad de horas diarias de asistencia que requiere la persona.

#### *Teleasistencia*

El Servicio de Teleasistencia permite, a partir de dispositivos tecnológicos de pronta respuesta, gestionar las llamadas a los servicios de emergencia. Facilita también la respuesta ante demandas personales de los usuarios/as de ser escuchados/as o de recordarles la ingesta de una determinada medicación, solventa emergencias sociales y facilita ayuda a domicilio ante determinadas eventualidades, tales como averías domésticas, emergencias sanitarias o salud.

#### *Personas que residen en los complejos de vivienda en el marco del Programa de Soluciones Habitacionales del Banco de Previsión Social*

Se considera importante analizar la eventual inclusión de esta población en la primera etapa de la puesta en funcionamiento del SNC. Por los perfiles de población que residen en los complejos (mayor porcentaje de mujeres de bajos ingresos y mayores de 75 años) presentan con frecuencia situaciones de pérdida de autonomía. En este sentido se considera relevante realizar acciones que profundicen el avance en las respuestas integrales a las demandas de cuidado de esta población.

Se recomienda analizar el avance en tres componentes principales:

- Estrategias de articulación con otros servicios públicos, como podría ser el caso de servicios de alimentación.
- Progresiva mejora en la accesibilidad y adaptación física de las viviendas a partir de la instalación de una serie de ayudas técnicas y servicios de teleasistencia en los complejos, las cuales permitan la promoción de la autonomía.
- Inclusión de este perfil de población en el *Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios*.

#### **b. Cuidados fuera del hogar**

##### *Modificación de los procesos de fiscalización y sistemas de información*

La inclusión de este componente como un elemento prioritario en una primera etapa del SNC tiene como objetivo asegurar una calidad asistencial y de respuesta a las situaciones de dependencia que presentan las personas que residen en este tipo de residencias, y homogeneizar la calidad en todas las residenciales para personas mayores tanto públicos como privados. Deben pensarse de acciones que puedan dar respuesta a una serie de problemáticas que están vinculadas actualmente a esta modalidad de servicios: regulación, capacitación y mejora del servicio en general.

##### *Centros de día*

Centros que ofrecen una atención integral durante el periodo diurno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular cubre las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.

##### *Centros de Referencia*

Espacios físicos de pronta respuesta, integrados por equipos interdisciplinarios que articulan diferentes estrategias de intervención y derivación en materia de cuidados.

#### **5.A.4 Principales propuestas y líneas de trabajo a priorizar de apoyo a cuidadores/as**

El SNC se propone trabajar con las personas que actualmente tienen a su cargo las tareas de cuidado dentro de los hogares o en instituciones, ya sea de forma remunerada o no. Tanto las tareas remuneradas como las no remuneradas se encuentran altamente feminizadas: más del 95% de las perso-

nas identificadas como cuidadores/as remunerados/as son mujeres (Aguirre, 2010) y la mujeres realizan más del doble de horas semanales de trabajo no remunerado dentro de los hogares<sup>22</sup>.

Como afirma Aguirre: “La segregación que caracteriza estos empleos se acompaña de su desvalorización. Numerosos estudios teóricos y empíricos concuerdan en que ello se deriva de un proceso histórico marcado por la división sexual del trabajo. La asignación de las mujeres a la esfera familiar y doméstica ha legitimado su desventaja en la esfera del trabajo y su ubicación en empleos poco calificados. Si bien en el cuidado como en otras ocupaciones ocupadas mayoritariamente por mujeres se reconocen las cualidades específicamente femeninas para el cuidado, sin embargo ello no se corresponde con una valorización de esas cualidades en el mercado de trabajo dado que esas cualidades son atribuidas a las mujeres en función de su naturaleza o porque fueron adquiridas por la socialización familiar” (Aguirre, 2011:36)

Además, reforzando las necesidades de atención de las personas que realizan las tareas de cuidado, “(...) 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 prestan”. (Aguirre, 2011:37)

Se configuran entonces que **este grupo tiene especiales necesidades en términos de atención, entendiéndose como una cuarta población objetivo del SNC**. En este sentido, se considera tanto a las personas que actualmente realizan las tareas de cuidado de maneras remunerada como a las que lo realizan de forma no remunerada. Asimismo, se considera específicamente la formación para las personas que trabajen en los servicios que se planifica crear o ampliar.

#### **5.A.4.1 Situación en Uruguay**

Respecto al trabajo de cuidado no remunerado, existe una serie de investigaciones que muestran que la mayor parte es realizada por mujeres, familiares directas de las personas dependientes. Aún cuando la dependencia no sea grave, el hecho de que la oferta de servicios sea muy limitada, tanto en su cobertura como en la cantidad de horas ofrecidas, hace que la principal encargada del cuidado en el hogar no pueda tener otras actividades.

Salvador (2009) señala que existen varios patrones que se pueden encontrar respecto a las tareas de cuidado. En los hogares de bajos ingresos predomina la división sexual del trabajo, en la que la mujer no trabaja y se encarga de las tareas de reproducción, dentro de las que el cuidado insume gran parte del tiempo. A esto se suma que las jornadas laborales de los varones son muy extensas, lo que inhabilita su participación en las tareas del hogar. En las familias de ingresos medios las mujeres participan del mercado laboral de forma similar o menor que los varones, pero la carga de trabajo no remunerado no se distribuye equitativamente. Esto lleva a que las mujeres tengan una doble jornada laboral, una en el mercado laboral y otra en el hogar. Por último, en los hogares de ingresos altos y medios altos, la inserción laboral de las mujeres es a la par de los varones, manteniendo cargas diferenciales de trabajo remunerado y en muchos casos contratando servicios de apoyo a los cuidados en el mercado, tales como servicio doméstico y centros privados.

La caracterización del trabajo remunerado en cuidados enfrenta una gran limitación inicial asociada a la dificultad de aislar esta ocupación de otras dado que no cuenta con una categoría específica. De acuerdo con la identificación realizada por Aguirre (2011), **unas 45 mil personas se dedican al trabajo remunerado de cuidado de dependientes, casi todas mujeres**. Se debe tener en cuenta que esta cifra subestima la cantidad de personas dedicadas a estas tareas dado que no incluye al servicio doméstico. Más de la mitad de estas personas se dedican al cuidado de niños/as, el 25% al cuidado de adultos/as y el 18% al cuidado de enfermos/as.

**Un elemento central en cuanto a la calidad del empelo es que los servicios de cuidado son intensivos en trabajo y, por tanto, la posibilidad de alterar los precios depende principalmente de los salarios que se paguen. Esto genera una gran dispersión en los salarios y en la calidad y formación**

<sup>22</sup> Se debe tener en cuenta que no todo trabajo no remunerado responde a tareas de cuidado.

**de las personas que se dedican a estas tareas.** Por tanto, para evitar la precarización del sector que requiere que el Estado intervenga en su regulación de forma tal de generar empleos de calidad con adecuada remuneración y condiciones de trabajo. Esto permitirá revalorizar social y económicamente las tareas de cuidado.

#### 5.4.A.2 Principales propuestas y líneas de trabajo a priorizar de apoyo a cuidadores/as<sup>23</sup>

<b>Apoyo a las familias</b>	<b>DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN:</b> Fortalecimiento de los equipos de apoyo a las familias en la etapa de crianza (primera infancia). Servicio de orientación, asesoramiento y apoyo (discapacidad y adulto mayor).
<b>Cuidadores/as familiares</b>	<b>DISEÑO:</b> Experiencia piloto para estrategias de inserción laboral para quienes han destinado años al cuidado.
<b>Licencias <sup>1</sup></b>	<b>DISEÑO:</b> Licencias especiales para cuidador/a principal por irrupción de situación de dependencia, para consultas y estudios médicos y extensión de licencia maternal cuando nace hijo con discapacidad. <b>IMPLEMENTACIÓN:</b> Campaña de promoción de la corresponsabilidad en el cuidado, acciones específicas de promoción de la corresponsabilidad con empleadores (de forma de evitar que se visualice negativamente hacer uso de estas licencias).
<b>Regulación</b>	<b>Diseño:</b> Criterios sobre las condiciones laborales, la remuneración y la formalización de los y las trabajadoras del sector “cuidados”.
<b>Formación de cuidadores</b>	<b>DISEÑO e IMPLEMENTACIÓN:</b> Sistema Nacional de Formación en Cuidados integrado con agentes públicos, privados y comunitarios. <b>IMPLEMENTACIÓN:</b> Capacitación de tareas de cuidados acorde a los ciclos de vida y presencia de discapacidades <sup>2</sup> .
<b>Cuidadores formales</b>	<b>IMPLEMENTACIÓN:</b> Incentivos para la inclusión de varones en el sector de empleo de cuidados. <b>ESTUDIO:</b> Reconocimiento de derechos y obligaciones para las personas que trabajan como cuidadoras/es remunerados/as de personas dependientes severas.

1. Ver licencias en las propuestas elaboradas para cada población

2 Ver sección 6.4 del presente documento, referente a propuestas de formación

#### 5.4.A.3 Breve descripción de las propuestas

**Respecto a las familias se propone brindar orientación y apoyo** respecto al desarrollo de las personas dependientes, las estrategias de fomento de la autonomía y buenas prácticas de sobrellevar ciertas dependencias asociadas específicamente con la discapacidad, así como apoyo psicológico. **El objetivo de estas acciones es mejorar la calidad de los cuidados brindados por las familias y brindar soluciones para situaciones específicas de crisis.** En el caso de adulto mayor y discapacidad se propone también estudiar la creación de un servicio telefónico de consulta y apoyo para el trabajo con personas con dependencia. Por otro lado, los servicios de respiro en el marco del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios van en la línea de apoyar a las familias en el cuidado de las personas dependientes.

Por otro lado, **se propone brindar capacitación laboral para quienes se hayan retirado del mercado laboral, o nunca formaron parte del mismo, y decidan participar al acceder a servicios de cuidado.** Las mayores tasas de inactividad laboral se encuentran en mujeres con niveles educativos bajos y pertenecientes a hogares de bajos recursos, que a la vez tienen actualmente altas cargas de trabajo no remunerado.<sup>24</sup> Por tanto, el objetivo es la inserción laboral de las personas que se beneficiarían del SNC, y que deseen trabajar. Se debe tener en cuenta que la capacitación e inserción de estas personas

<sup>23</sup> Elaborado en base a la propuesta realizada por el equipo consultor sobre discapacidad

<sup>24</sup> La observación del mercado laboral actual muestra que existen importantes limitación en la incorporación de estos perfiles en el mercado laboral.

no sería exclusivamente en los puestos de trabajo generados por el propio SNC sino que pueden realizarse en otras áreas.

Asimismo, **se propone la extensión de las licencias para cuidados, más allá de las licencias de maternidad, lactancia y paternidad.**<sup>25</sup> Se busca promover la conciliación entre la vida laboral y familiar de las personas suavizando la carga extra asociada a episodios de mayor demanda de cuidado. Paralelamente, dado que el sistema busca promover la corresponsabilidad en el cuidado entre mujeres y varones y entre familias, mercado y Estado, **se promoverán campañas de sensibilización y promoción de la corresponsabilidad y valorización de las tareas de cuidado.**

Se estudiará el reconocimiento de derechos y obligaciones específicas para personas que trabajan en el cuidado de personas con dependencias severas dado que estas tareas tienen por lo general efectos nocivos en su salud, especialmente en términos salud mental. El criterio y objetivo es mejorar las condiciones de trabajo y evitar la permanencia de trabajadores en situaciones insalubres. Se promoverá la utilización de instrumentos que ya existen.<sup>26</sup>

Por último, sobre la regulación de la tarea será necesario establecer criterios sobre las condiciones laborales, la remuneración y la formalización de los y las trabajadoras del sector “cuidados”. En todos los casos será primordial establecer acciones de cuidados a las personas que cuidan.

## B. PROPUESTAS DE APOYO AL SISTEMA NACIONAL DE CUIDADOS

Es importante diferenciar conceptualmente la definición de cuidados de las políticas de salud y de educación así como de otras políticas estructurales.

El SNC refiere específicamente a las demandas que generan las situaciones de dependencia en las actividades de la vida diaria, por tanto entendemos que hay acciones que si bien no refieren específicamente a los cuidados pueden contribuir como apoyo al funcionamiento del Sistema. A continuación se detalla una serie de acciones que apoyarían al SNC y permitiendo su mejor desarrollo, aún cuando no son políticas de cuidado:

Organismo	Acciones	Población
<b>ANEP – CODICEN</b> (Educación Inicial, Primaria, Secundaria y UTU)	Mejorar integración de personas con discapacidad. Ajustar reglamentación Formación Docente. Sensibilización. Incluir dentro del currículo de formación docente la corresponsabilidad dentro del hogar con un claro enfoque de género.	Discapacidad
<b>MTOP</b>	Mejoramiento del transporte – acceso, frecuencia. Transporte adaptado.	Discapacidad
<b>MSP</b>	Prevención.	Sistema Nacional de Cuidados
	Rehabilitación integral, física y mental.	Discapacidad
	Reducción de costos de farmacia y exámenes para dependientes.	Adulto Mayor Discapacidad
<b>MVOTMA</b>	Cuota de viviendas con accesibilidad para personas con discapacidad.	Adulto Mayor Discapacidad

<sup>25</sup> En el caso de primera infancia, se promoverá el estudio de licencias parentales.

<sup>26</sup> Por ejemplo, la Ley 16.713



Organismo	Acciones	Población
<b>Ministerio de Turismo y Deporte</b>	Actividades de recreación, tiempo libre, turismo y deporte para las personas dependientes y las familias. Accesibilidad en todas las plazas públicas e incorporación de asientos y juegos fijos en las plazas para las personas en situación de dependencia y con discapacidad.	Adulto Mayor Discapacidad
<b>BPS – Ministerio de Turismo y Deporte</b>	Turismo social y accesible, actividades culturales (concursos de distintas expresiones culturales); organización de cursos y talleres para adultos mayores. Programas de relaciones intergeneracionales.	Adulto Mayor Discapacidad
<b>Comisión de abordajes familiares de la comisión de seguimiento del Plan de Equidad. Diversas instituciones públicas</b>	Equipos multidisciplinarios que apoyen a las familias en situación de pobreza extrema.	Infancia. Discapacidad Adulto Mayor
<b>MTSS</b>	Fiscalización. Generación de empleo. Coordinación de políticas de seguridad social.	Cuidadores/as
<b>INE</b>	Información sobre población dependiente y estrategias de cuidado. Información sobre ocupación de cuidadoras/es.	Infancia. Discapacidad Adulto Mayor Cuidadores/as
<b>MVOTMA / MIDES / BPS</b>	Apoyo para adaptación y accesibilidad de la vivienda.	Adulto Mayor y Discapacidad
<b>ASSE</b>	Salas de encuentro. Potenciar y fortalecer centros de salud mental.	Infancia Discapacidad
	Coordinación con Plan Aduana.	Infancia
<b>Presidencia</b>	Uruguay Crece Contigo	Infancia

## C. PROPUESTA DE FORMACIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE CUIDADOS

La formación de los y las cuidadoras –y su regulación– así como la generación de dispositivos de “cuidados del cuidador” fueron parte de las propuestas destacadas en todo el proceso de debate. En ese sentido el diseño del SNC debe considerar como uno de sus pilares fundamentales la formación de los recursos humanos.

Considerando que los cuidados están a cargo de las familias, y en especial de las mujeres, la formación para los cuidados requiere de un componente cultural que apunte a la transformación de este rol en un sentido de corresponsabilidad. Por ende, la formación deberá enmarcarse claramente en un marco conceptual de derechos y género. En este sentido, el *Sistema Nacional de Cuidados* se guía por el derecho de todas las personas a ser cuidadas, concibiéndose los cuidados como actividades orientadas por la búsqueda de preservar y promover la autonomía y la autodeterminación de las personas.

De modo de cimentar ciertas condiciones y enfoques básicos desde los cuales se espera que las y los trabajadores desarrollen las tareas de cuidados personales tanto en domicilio como en instituciones, se promueve un módulo común a las tres poblaciones con una carga horaria de dieciséis (16) horas. En

consonancia con lo anterior, lo que llamaremos el *Modulo de Organización Social de los Cuidados*<sup>27</sup>, abarca los siguientes tópicos:

1. La política pública del cuidado: el *Sistema Nacional de Cuidados*. Estado de situación y proyección.
2. Transformaciones familiares y heterogeneidad en las relaciones familiares. Las crecientes necesidades de cuidados y sus factores explicativos.
2. Las dimensiones del cuidado. Las relaciones de cuidado. Ética del cuidado: Feminización del cuidado y división sexual del cuidado.
3. Los cuidados como derecho. Igualdad y no discriminación. Servicios y prestaciones.

De cara al desarrollo de un sistema permanente de formación en cuidados se propone trabajar sobre los siguientes ejes:

1. *Formación*: diseño e implementación de cursos.
2. *Acreditación*: acreditación única como cuidadores/as que permita regular y brindar servicios de calidad así como garantizar los derechos laborales y de seguridad social de las y los trabajadores del sector.
3. *Registro de cuidadores y cuidadoras habilitadas para trabajar en el sector*.

*Formación:*

- a. Cursos breves de formación, en el corto plazo, para la implementación de la experiencias pilotos en el marco del proyecto “Hacia una Política Pública Integral de Cuidados a nivel nacional en el Uruguay”, con apoyo de AECID, en dependencia de personas adultas mayores y por discapacidad.
- b. Cursos permanentes de formación, en el mediano plazo, retomando la formación existente y las experiencias que se vienen desarrollando en diversas instituciones (MTSS– INFEFOP, BPS – BID– Astur/Los Camilos, CENFORES, instituciones privadas, otras). **El objetivo es desarrollar un currículo compartido, con un tronco común y especificidades por tipo de dependencia y escenario de cuidado (fuera o dentro del hogar)**. Se propone también desarrollar los perfiles (competencias) de las y los cuidadores, y diseñar los sistemas de evaluación correspondiente. En el marco del proyecto mencionado más arriba (“Hacia una Política Pública...”) se establece el producto: “*Diseñada la estrategia de formación de cuidadores/las en las 3 poblaciones priorizadas, para que los/las cuidadores/las de personas en situación de dependencia mejoran su formación profesional con especial énfasis en la perspectiva género, generaciones y etnia/raza*”. La propuesta definitiva de contenidos, acreditaciones y el diseño institucional de la formación, en elaboración en el Subgrupo de Trabajo en Formación del GT, estará enmarcada en los resultados de la consultoría realizada por la Mag. Rosario Aguirre sobre “*Personas ocupadas en el sector cuidados*” y, específicamente, en su componente sobre formación.

*Acreditación:*

Se apuntará a la implementación de un sistema de acreditación de las personas ya formadas y con experiencia. Para ello, es necesario considerar las necesidades de formación y, por tanto, de competencias a ser acreditadas en el corto y mediano plazo, según el repertorio de propuestas de servicios integrados al SNC.

*Registro de cuidadores y cuidadoras*

Se promueve la creación de registro único de cuidadores y cuidadoras habilitadas para desempeñar dicha tarea, previa realización del curso de formación o, en su defecto, acreditación de competencias. Dicho registro deberá contemplar los diferentes niveles de capacitación de las y los trabajadores.

*Registro de instituciones capacitadoras*

Se promueve la creación de registro único de instituciones capacitadoras habilitadas en base al currículo aprobada por la nueva institucionalidad rectora del SNC.

<sup>27</sup> Elaboración de Rosario Aguirre (en 2012) a través de consultoría apoyada por ONU Mujeres y OIT: “Formación del personal ocupado en el sector cuidados”. El BPS realizó cursos de formación de formadores a través de la cooperación ASTUR – AECID – “Los Camilos” en los que este módulo fue testeado con éxito. En este curso se pretende poder dialogar con los futuros docentes de cuidadores y cuidadoras para las personas adultas mayores en situación de dependencia.

**La formación será una línea de trabajo continua y clave para la creación de un SNC con bases conceptuales y niveles de calidad comunes. Nos proponemos así avanzar a un Sistema Nacional de Formación de Cuidadores y Cuidadoras<sup>28</sup>, iniciativa que se encuentra en su etapa de elaboración en el Subgrupo de Trabajo interinstitucional creado a tales efectos.**

---

28 Asimismo, existen importantes avances respecto a la elaboración de currículos para la formación de cuidadoras y cuidadores. El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), con apoyo de una consultoría realizada por el Dr. Ítalo Savio, cuenta con una primera versión de los contenidos para un curso de capacitación de cuidadores de adultos mayores y personas con discapacidad. El Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS/MIDES) ha incorporado una propuesta de capacitación en cuidado para discapacidad incorporando el enfoque de ciclo de vida. Finalmente, el Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU) trabaja hoy en la implementación de una propuesta de capacitación para cuidadores en primera infancia.

## Capítulo 6

### Financiamiento

El modelo se basa en la constitución de un fondo que financiará los servicios adicionales del *Sistema Nacional de Cuidados*. Este fondo será 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.

Este fondo podrá constituirse con aportes de rentas generales exclusivamente o un sistema mixto. Se explorarán diversas fuentes de financiamiento. En todos los casos se tendrá en cuenta el principio de inclusión universal y equidad contributiva.

Actualmente, existen prestaciones del Estado que pasarán a formar parte del SNC. En esta primera instancia se mantendrán los presupuestos que ya tienen asociados, dentro de los incisos a los que pertenecen. De todas maneras, sí pertenecerán al SNC y al presupuesto total asociado al mismo. A medida que el Sistema se afiance, se deberá considerar la inclusión de estos gastos al fondo.

En estos casos, especialmente respecto de las instituciones del Estado que ya tienen un marco legal que les adjudica competencias y deberes de desarrollar prestaciones en este campo, deberán revisarse las normas correspondientes, de forma de hacerlas congruentes con el marco legal que se establezca para el SNC.



# Capítulo 7

## Institucionalidad

El *Sistema Nacional de Cuidados* apostará a coordinar y articular las instituciones públicas con competencias de rectoría, regulación y prestación de servicios de cuidados en las cuatro poblaciones. Se mantendrá la distribución competencial a excepción de lo acordado en el caso de la regulación de las residencias de larga estada para personas adultas mayores, a transferir del MSP al MIDES.

La rectoría del SNC estará en la **Junta Nacional de Cuidados (JUNACU)**, como organismo desconcentrado, dependiente del MIDES, integrada por:

- Ministerio de Desarrollo Social, que la presidirá.
- Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Ministerio de Educación y Cultura.
- Ministerio de Economía y Finanzas.
- Banco de Previsión Social.
- Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay.

Las instituciones tendrán un representante, salvo el MIDES, que contará con dos: la Asesoría Macro en Políticas Sociales, que la presidirá, y el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES).

La JUNACU podrá contar con **consejos asesores**. Los consejos asesores integrarán a las instituciones con competencia en regulación o prestación de servicios de cuidados, en cada una de las poblaciones mencionadas, así como articularán la **participación social**.



## Capítulo 8

# Baremo, sistema de información y mecanismos de exigibilidad

### 8.1 BAREMO DE LA DEPENDENCIA

La identificación de la población dependiente requiere de la construcción de un Baremo de la Dependencia (BD). Se trata de un instrumento que 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.

El BD discriminará entre grados de dependencia (leve, moderada y severa) y de no dependencia. Las determinaciones de los grados de dependencia que medirá 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 instrumento de valoración de dependencia se aplicará junto al formulario del Índice de Carencias Críticas (ICC) y un formulario que relevará las redes de cuidados con las cuales hasta el momento cuenta la familia los que permitirán contemplar los aspectos familiares, sociales y contextuales (vulnerabilidad social, acceso a servicios, accesibilidad territorial, etc.).

El Baremo de la Dependencia será el resultado de un trabajo interdisciplinario iniciado en abril de 2012 y que habrá culminado para agosto de este año.

### 8.2 SISTEMA DE INFORMACIÓN

La relevancia de un sistema de información está dada por la posibilidad de contar con información relevante y oportuna sobre los aspectos en que interviene la política o programa social. En este contexto, el Sistema de Información del SNC tendrá el cometido de ordenar, sistematizar, organizar y analizar la información recogida por los diferentes programas y proyectos del mismo. La información y el análisis de los datos permitirá volver públicos algunos aspectos de la práctica y la gestión institucional, presentar resultados objetivos de las intervenciones realizadas, lograr aprendizajes institucionales para la mejora de la gestión y la intervención y contribuir a la evaluación de los resultados logrados.

Los objetivos de un Sistema de Información del Sistema Nacional de Cuidados (SISNC) se pueden agrupar en aquellos relacionados con la gestión, los vinculados a la evaluación y monitoreo de las intervenciones y las de transparencia pública.

#### **a. 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 de prestadores y características de los mismos. También en cuan-



to a registros de usuarios, sus características, los requerimientos de cuidados. En este sentido, se aspira aportar a la administración del programa y a la ciudadanía en general un producto concreto: la guía de recursos de cuidados, brindando información sobre cuidadores/as (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.

#### **b. Monitoreo y evaluación de las acciones**

El sistema de información permite un monitoreo de los fondos, de la actividad de las empresas avaladas y de las actividades de capacitación. En continuidad con las tareas de monitoreo, permite contribuir a la evaluación de las acciones de los programas y de los resultados a que aspira arribar.

#### **c. Transparencia pública**

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.

Para cumplir con estos objetivos se requiere articular procedimientos con diversos organismos, instituciones e instancias de producción de información. Las instituciones producen un conjunto importante de información con propósitos administrativos, como altas y bajas de funcionarios, horas de trabajo por mes, gastos de funcionamiento, ingresos de usuarios, etcétera. Sin embargo, dicha información raramente forma parte de los sistemas de información, de modo que estos deben generar información que muchas veces está disponible en los registros administrativos. La utilización de dichos registros y su integración como componentes del Sistema de Información, redundará en una mayor eficiencia de la producción de información, garantizando a su vez la calidad de la misma.

**El Sistema de Información del SNC deberá estar integrado, desde el momento de su diseño, al Sistema Integrado de Información del Área Social (SIAS).**

### **8.3 MECANISMOS DE EXIGIBILIDAD**

Por **justiciabilidad** de los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (DESCA) entendemos “la posibilidad de reclamar ante los órganos jurisdiccionales el cumplimiento de al menos alguna de las obligaciones que se derivan de un derecho fundamental” (De la Torre, 2005:90); y por **exigibilidad** hacemos referencia a “el uso de medios judiciales y no judiciales para hacer realidad los derechos sociales”. (Abramovich, 2003:53).

En lo que refiere al *Sistema Nacional de Cuidados*, los mecanismos de exigibilidad (a partir de ahora ME o Mecanismo/s) que proponemos deben tener su primer marco de acción en el ámbito de los medios no judiciales, como lo es el espacio administrativo. Los ME deben ser parte de un proceso necesario que revise y adapte el conjunto de sus políticas a la luz de las normas internacionales de derecho, específicamente del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y su protocolo facultativo<sup>29</sup> y cumpla con las obligaciones de respetar, proteger y promover los derechos humanos y específicamente los DESC (Delaplace, 2005).

Estos Mecanismos tienen la “función de revisar y medir el nivel de cumplimiento de su [propio] marco normativo” (Delaplace, 2005:230) así como modificar o alterar una decisión frente a una situación o caso concreto. En el abordaje de los derechos humanos la existencia de instancias, vías y canales de reclamo son fundamentales. Tanto a efectos de reparar y compensar una violación, como también para poder

<sup>29</sup> Aún sin ratificación en Uruguay.

rectificar programas o medidas que puedan generar algún tipo de discriminación o violación de derechos (Dede, 2011). Las medidas reparatorias pueden ser: restitución, indemnización, rehabilitación, modificación de una decisión, garantías de no repetición, etc.

Los instrumentos internacionales de DDHH determinantes para el diseño de los ME del *Sistema Nacional de Cuidados* son las Directrices de Maastricht sobre violaciones a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Protocolo Facultativo del PIDESC.

Son dos las dimensiones del enfoque de derechos humanos que tenemos que considerar a la hora de establecer ME del Sistema Nacional de Cuidados:

### ***Igualdad y no discriminación***

Las acciones del Estado en materia de política social deben orientarse a garantizar la igualdad de oportunidades para todas las personas en el ejercicio de sus derechos. Esto implica una voluntad expresa de revertir situaciones de discriminación y de desigualdades injustas. Se reconoce generalmente la existencia de discriminación por criterios de sexo, raza, edad, origen nacional o geográfico, orientación sexual, nivel socioeconómico u otros. En lo que hace a los mecanismos de exigibilidad es necesario también considerar la diversidad de situaciones existentes y, por tanto, ampliar las posibilidades de accionar. En el entendido de que hay que apuntar a condiciones de igualdad efectivas que busquen eliminar las causas que están en la base de las desigualdades injustas y la discriminación, las posibilidades de comunicación deben ser amplias.

### ***Información para la participación y rendición de cuentas***

Este principio indica que debe existir información disponible a lo largo de todas las fases de la política, cuantitativa y cualitativa, a la vez que se deben hacer públicos los resultados.<sup>30</sup> De esta forma, el enfoque de derechos contribuye a que el proceso de formulación de políticas sea más transparente y “*da a la población y las comunidades capacidad de acción para que los que tienen el deber de actuar rindan cuentas al respecto, asegurando que existan vías de reparación efectivas en caso de violación de derechos*” (Dede, 2011). En este caso los ME cumplen una doble función ya que también refuerza la participación social.

Proponemos, entonces, un repertorio de mecanismos:

<b>Criterios</b>	<b>Instrumentos</b>
<b>Diferentes vías de comunicación</b>	Teléfono, fax, correo electrónico, correo de puerta, presencial (con habilitación a que lo realice una tercera persona).
<b>Descentralización territorial</b>	Incorporando al conjunto de las oficinas públicas en el territorio en línea con la propuesta de avanzar hacia una “ventanilla única” también en el sentido de recepción de reclamos.
<b>Descentralización horaria</b>	Correo electrónico, página web y línea telefónica gratuita.
<b>Alternativas a un oficio</b>	Éste implica tener manejo de un tipo de lenguaje particular y acceso a materiales como computadora, impresora, etc.

La información de los reclamos, sistematizada y pública, debe ser incorporada a través de un informe regular a la evaluación y el eventual rediseño de las prestaciones, servicios y programas que compondrán el *Sistema Nacional de Cuidados*.

30 En Uruguay, el principio de acceso a la información está aparado en la Ley de Acceso a la Información Pública 18.381



## Nota final

### Un camino propio hacia un nuevo pacto de género y generacional

En el marco de una América Latina que avanza, como nosotros, en estas definiciones, ya en su etapa de propuesta, el *Sistema Nacional de Cuidados* aparece como una de las iniciativas de avanzada, de frontera, en la construcción de una sociedad más justa, y concita la atención de nuestros hermanos del continente.

Se trata de un avance necesariamente gradual en la construcción de un modelo propio –uruguayo– de cuidados.

Un *modelo de gestión* que incorpora la idea de interinstitucionalidad nucleando al conjunto de las instituciones públicas con competencias en regulación y prestación de servicios de cuidados (tanto en lo que hace a servicios como a la relaciones laborales). Estas instituciones integrarán la Junta Nacional de Cuidados (JUNACU) presidida por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). No establece redistribución de competencias –al menos no en esta primera etapa– sino su coordinación a través de la referida JUNACU a excepción de la transferencia de la regulación del cuidado extradomiciliario en personas adultas mayores dependientes del MSP al MIDES (“casas de salud” y residencias de larga estadía). Incorpora a Inmujeres, autoridad nacional en políticas de género, como mecanismo que asegure la transversalización de esta perspectiva en las políticas de cuidados desde su diseño así como en su implementación y evaluación. También incorpora a prestadores privados de cuidados, así como a trabajadores/as y usuarios/as, y organizaciones sociales representativas con trayectoria en el tema, en los ámbitos asesores referidos a cada una de las poblaciones priorizadas.

Un *modelo de financiamiento* que se define como mixto, solidario, y acorde a la capacidad contributiva de las personas, centrado en la idea de corresponsabilidad entre familia, comunidad, mercado y Estado. El FONACU funcionará de forma similar al Fondo Nacional de Recursos (FNR), activándose ante el nacimiento de un niño/a o la irrupción de una situación de dependencia de un familiar, a través de la prestación del servicio o del subsidio parcial o total (según nivel de ingreso) del mismo, según el cronograma de despliegue del Sistema que se defina.

Un *modelo de servicios* que a diferencia de otros en el mundo, incluye tres poblaciones (primera infancia, personas adultas mayores y personas en situación de dependencia por discapacidad) junto con la población objetivo de las y los cuidadores. Una segunda característica es que apuesta a la profesionalización del cuidado y no a la retribución de familiares por el cuidado de otro familiar dependiente. Una tercera característica es que prioriza los servicios sobre transferencias monetarias. Cuando la provisión del servicio es por parte de un efector privado, la transferencia se realizará a través de un bono con valor de una determinada cantidad de horas de servicio en las empresas habilitadas a tales efectos, y no en metálico. Una cuarta característica se desprende de la anterior y es la implementación de la política tanto a través de efectores públicos como privados. Estas cuatro características se consideran conjuntamente para pensar el modelo final de servicios así como su estrategia de despliegue.

**El objetivo de largo plazo del Sistema Nacional de Cuidados es la universalidad**, esto es, cubrir la totalidad de la población con necesidades de cuidados y constituirse así en uno de los pilares de la Matriz de Protección Social uruguaya.

Comenzar a avanzar hacia un *Sistema Nacional de Cuidados*, como política pública que se irá construyendo gradualmente –reconociendo las restricciones de recursos humanos, materiales y financieros existentes–, supondrá **comenzar a avanzar hacia un nuevo pacto social**: un nuevo pacto de género que apunta a la corresponsabilidad entre mujeres y hombres en el cuidado de las y los niños más chicos, así como de las personas dependientes de cualquier edad; un nuevo pacto generacional en el que la sociedad apunta a garantizar la protección social de los más chicos y de los más viejos.

**El Grupo de Trabajo entiende que ese avance debe darse a través de una Ley Marco del *Sistema Nacional de Cuidados*** que ponga las bases institucionales y jurídicas para la construcción de esta nueva política pública sectorial con horizontes de corto, mediano y largo plazo. De ser así, en 2020, Uruguay habrá desarrollado el “cuarto pilar universal” de su Estado Social –junto con la educación, la salud y la seguridad social– para protección y bienestar de toda su gente.

## REFERENCIAS

1. Abramovich, V., 2003, "Justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales", en Los Derechos Humanos y la globalización: avances y retrocesos, Comisión Andina de Juristas.
2. Aguirre, R. 2011. "Personas ocupadas en el sector cuidados", Grupo de Trabajo de Sistema Nacional de Cuidados, ONU Mujeres, OIT.
3. Aguirre, R. 2012. "Formación del personal ocupado en el sector cuidados", Grupo de Trabajo de Sistema Nacional de Cuidados, ONU Mujeres, OIT.
4. Araya, F., Colacce, M. y Vázquez, L., 2011. "Participación laboral femenina y cuidado infantil: destruyendo a la Mujer Maravilla". Monografía para la obtener el título de Licenciado en Economía, FCEA, UdelAR.
5. Bagnato, M.J. (Consultora Responsable), 2011. "Personas en situación de dependencia por discapacidad. Documento de trabajo para el Debate", Grupo de Trabajo de Sistema Nacional de Cuidados, Documentos base.
6. Batthyány, K., 2004. "Cuidado infantil y trabajo: ¿un desafío exclusivamente femenino? Una mirada desde el género y la ciudadanía social", CINTERFOR/OIT
7. Batthyány, K., 2009. "Cuidado de personas dependientes y género", en Las bases invisibles del bienestar social, UNIFEM.
8. Batthyány, K., Genta, N. y Perrota V., 2012. "La población uruguaya y el cuidado: persistencias de un mandato de género desigual. Encuesta Nacional sobre Representaciones Sociales del Cuidado: principales resultados". CEPAL, ONUMUJERES, UNFPA, ANII, FCS-DS, Inmujeres.
9. Bedregal, P. y Pardo, M., 2004. "Desarrollo Infantil Temprano y Derechos del Niño", Serie reflexiones: Infancia y Adolescencia, N°1, Chile, UNICEF.
10. Berriel, F., Pérez Fernández, R., y Rodríguez, S., 2011. "Vejez y envejecimiento en Uruguay. Fundamentos diagnósticos para la acción", INMAYORES, MIDES
11. CEPAL, 2009, "Panorama Social de América Latina", CEPAL, Chile
12. CNHD – INE, 2004. "Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad. Informe Final"
13. Courtoisie, D., Deleón, A., y Dodel, M., 2010. "Estrategias familiares para el cuidado de niños/as menores de 2 años", INFAMILIA, MIDES.
14. Dede, G., 2011. "Proyecto propuesta de transversalización con enfoque de derechos humanos en los procesos de política pública" Informe final, MEC, PNUD.
15. De la Torre, C., 2005. "El derecho a la no discriminación como una alternativa de acceso a los derechos sociales" en "Seminario Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales", S.R.E., México,D.F.
16. Delaplace, D., 2005. "El mecanismo de consulta y revisión de cumplimiento del Banco Interamericano de Desarrollo. Presentación y análisis desde la perspectiva de los derechos humanos" en "Seminario Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales", S.R.E., México,D.F.
17. Etchebehere, G. (Consultora Responsable), 2011. "Infancia con énfasis en 0 a 3 años. Documento de trabajo para el Debate", Grupo de Trabajo de Sistema Nacional de Cuidados, Documentos base.
18. Giorgi, V., 2004. "Psicología y políticas sociales hacia la deconstrucción del desamparo", XVIII Encuentro Nacional de Psicólogos. Treinta y Tres, Uruguay: Revista Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.
19. Guerra, V. 2008. "Alegato por el desamor de la cuidadora", II Jornadas del servicio de Educación Inicial, Investigaciones actuales en Primera Infancia y en el ámbito de la Educación Inicial, Facultad de Psicología, UdelAR-CSIC.
20. Huenchuan, S., y Paredes, M., 2006. "Escenarios futuros en políticas de vejez en Uruguay: continuidades y rupturas", Trilce
21. Mara, S. 2009. "El educador en primera infancia ¿Por qué la necesidad de una formación específica?", en Educación en Primera Infancia. Aportes para la elaboración de propuestas de Políticas Educativas, Mara, S (comp.), MEC, UNESCO.
22. OMS, 2011, "Informe mundial sobre la discapacidad".
23. Papadópulos, J. (Consultor Responsable), 2011. "Personas Adultas Mayores. Documento de trabajo para el Debate", Grupo de Trabajo de Sistema Nacional de Cuidados, Documentos base.
24. Paredes, Ciarniello y Burnet (2010), "Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: una perspectiva comparada en el contexto de Latinoamérica", Lucida Editorial.
25. Gabinete Social, 2008. "Plan de Equidad".
26. Gabinete Social, 2011. "Reforma Social".
27. Piriz, M., y Gainza, P., 2011. "Enfoque de derechos y políticas sociales: universalismo, focalización y perspectiva transversales" en Discriminación. Documentos relevantes en los ámbitos internacional y nacional para la erradicación de la discriminación y el racismo, Dirección Nacional de Política Social, MIDES.

28. Pugliese, L., 2007. "Análisis comparado de una selección programado de protección a los adultos mayores en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay. Segunda parte: Programas Sociales.", BPS, Asesoría General en Seguridad Social, Comentarios de Seguridad Social, N°19, abril-junio.
29. Salvador, 2009. "Configuración social del cuidado en hogares con niños/as y con adultos/as mayores y políticas de corresponsabilidad.", INMUJERES, MIDES.
30. Salvador, S., 2010. "Hacia un Sistema Nacional de Cuidados en Uruguay", Seminario "Hacia un Sistema Nacional de Cuidados en Uruguay", CEPAL.
31. Tenjo, J., Ribero, R., Bernat, L., (2006), "Evolución de las diferencias salariales de género en seis países de América Latina", en Mujeres y Trabajo en América Latina: desafíos para las políticas laborales, Editora Claudia Piras, BID

## DOCUMENTOS DE CONSULTA

1. Aguirre, R. 2011. "Personas ocupadas en el sector cuidados", Grupo de Trabajo de Sistema Nacional de Cuidados, ONU Mujeres, OIT
2. Aguirre, R, (Ed.), 2009 "Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay", UNIFEM.
3. Corbo, G; Azar, P. (Coord.), 2009, "Panorama internacional y viabilidad de políticas de licencias y servicios de cuidado infantil en Uruguay", Proyecto Desarrolla: salud, nutrición, equidad, PNUD
4. Bagnato, M.J. (Consultora Responsable), 2011. "Personas en situación de dependencia por discapacidad. Documento de trabajo para el Debate", Grupo de Trabajo de Sistema Nacional de Cuidados, Documentos base.
5. Etchebehere, G. (Consultora Responsable), 2011. "Infancia con énfasis en 0 a 3 años. Documento de trabajo para el Debate", Grupo de Trabajo de Sistema Nacional de Cuidados, Documentos base.
6. Nieves Rico, M. (coord.), 2011. "El desafío de un sistema nacional de cuidados para el Uruguay", CEPAL, UNICEF y UNFPA.
7. Papadópulos, J. (Consultor Responsable), 2011. "Personas Adultas Mayores. Documento de trabajo para el Debate", Grupo de Trabajo de Sistema Nacional de Cuidados, Documentos base.
8. Salvador, S., 2009. "Configuración social del cuidado en hogares con niños/as y con adultos/as mayores y políticas de corresponsabilidad", INMUJERES, MIDES.
9. Salvador, S.; Pradere, G., 2009. "El gasto en servicios de cuidado de los hogares uruguayos", CEPAL.





# Anexo estadístico

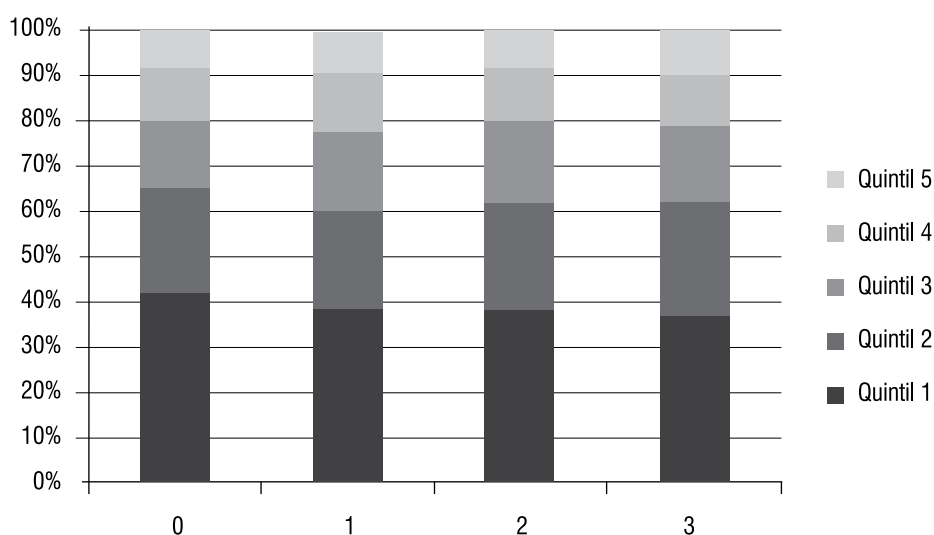
## PRIMERA INFANCIA

Actualmente en Uruguay nacen casi 48 mil niños por año y, según las proyecciones de población del INE, se mantiene esta cantidad aproximada de niños en las siguientes edades. Así, hay en el total del país 190 mil niños entre 0 y 3 años, distribuidos uniformemente por edad.

Sin embargo, la distribución por quintiles de ingreso per cápita del hogar no es uniforme: el 40% de los niños vive en hogares del primer quintil, mientras que menos del 10% vive en hogares del Quintil 5. En el mismo sentido, si se analiza a través del algoritmo de selección de AFAM, casi la mitad de los niños de este tramo de edades se consideran vulnerables.

**Cuadro A1:** Cantidad de niños de 0 a 3 años por quintil

Edad	Quintil					Total
	1	2	3	4	5	
0	19,954	11,261	7,059	5,508	4,082	47,864
1	18,681	10,238	8,049	6,445	4,435	47,848
2	18,395	11,414	8,058	6,212	3,799	47,878
3	17,620	11,964	7,946	6,049	4,379	47,957
<b>Total</b>	<b>74,650</b>	<b>44,877</b>	<b>31,112</b>	<b>24,213</b>	<b>16,695</b>	<b>191,547</b>



Fuente: ECH 2010, ajustado por proyecciones de población INE

Por otro lado, la mayoría de estos niños vive en hogares biparentales (64%), un 26% en hogares extendidos, y tan sólo el 7% vive en hogares monoparentales.

**Cuadro A2:** Cantidad de niños de 0 a 3 años por tipo de hogar

Edad	Monoparental varón	Monoparental mujer	Biparental	Extendido	Compuesto	Total
0	18	2,597	29,172	14,027	2,051	47,864
1	0	3,174	30,912	12,278	1,484	47,848
2	63	3,530	30,208	12,464	1,612	47,877
3	96	4,370	31,560	10,598	1,333	47,957
<b>Total</b>	<b>177</b>	<b>13,571</b>	<b>121,851</b>	<b>49,368</b>	<b>6,480</b>	<b>191,547</b>

Fuente: ECH 2010, ajustado por proyecciones de población INE

Al observar la cantidad de niños según la condición de actividad de su madre, se observa que las madres de un tercio de los niños no participan del mercado laboral y otro tercio trabaja a tiempo completo.

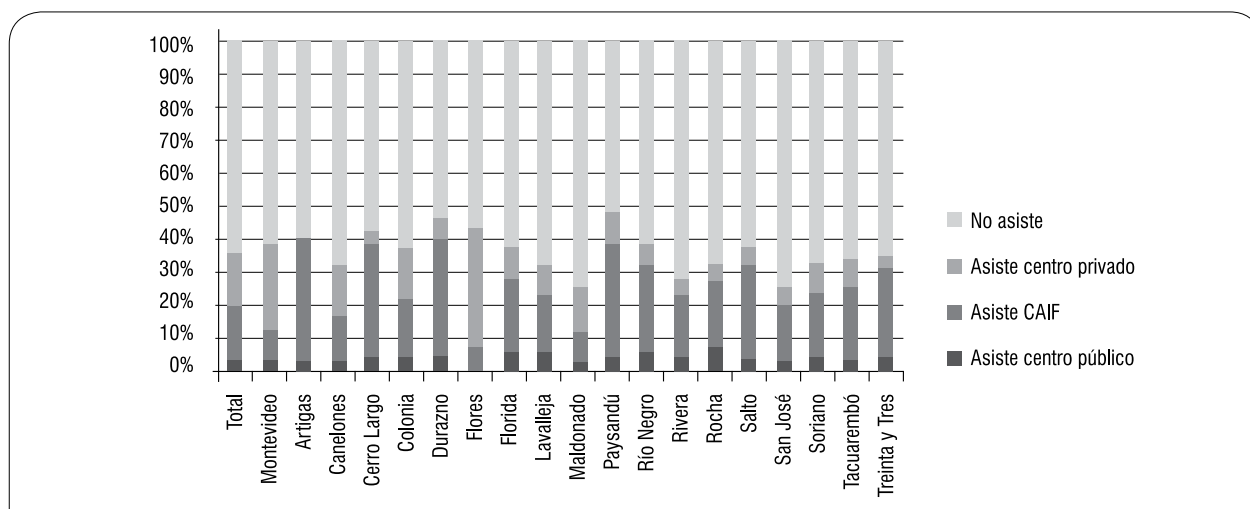
**Cuadro A3:** Cantidad de niños/as de 0 a 3 años por condición de actividad de la madre

Edad	Sin Madre en hogar	No participa	Desocupada	Trabaja a tiempo parcial	Trabaja a tiempo completo	Total
0	124	19,538	4,100	9,269	14,832	47,864
1	346	16,437	5,357	10,718	14,991	47,848
2	1,107	15,242	4,737	9,903	16,890	47,878
3	1,187	13,501	3,921	11,706	17,643	47,957
<b>Total</b>	<b>2,754</b>	<b>64,717</b>	<b>16,114</b>	<b>41,597</b>	<b>64,355</b>	<b>191,547</b>

Fuente: ECH 2010, ajustado por proyecciones de población INE

Por otro lado, según los datos censales 2011, solamente un 36.5% de los niños de 0 a 3 años de todo el país asisten a algún centro de educación inicial, alcanzando valores un poco superiores en Montevideo. La asistencia a centros públicos diferentes de CAIF se ubica en el 4.1% de los niños, y no se observan grandes diferencias por departamento. Sin embargo, sí se observan importantes diferencias departamentales en cuanto a la cobertura de CAIF, que es del 17% del total de niños de 0 a 3 años de todo el país, pero alcanza un máximo de 36.2% en Flores y mínimos de 8.9 y 9.1% en Maldonado y Montevideo respectivamente. En el caso de Montevideo, la oferta privada tiene un rol muy importante, alcanzando una cobertura inclusive mayor que la suma de los servicios públicos, casi 26%. En el total del país, los servicios privados atienden a poco más del 15% del total de niños, y no alcanzan en ningún departamento del Interior el 16%.

**Gráfico A1:** Distribución de los niños de 0 a 3 años por asistencia a centro de educación inicial según departamento



Fuente: Censos 2011, INE

Sin embargo estos datos presentan dos limitaciones: en primer lugar, la asistencia a centros es muy diferente por edades, por lo que se requiere conocer esta información desagregada, lo que no está disponible aún con datos del censo; en segundo lugar, dado que no se divulgan los microdatos del censo aún, no conocemos las modalidades en las que estos niños asisten a los centros, por lo que no podemos saber si efectivamente son servicios de cuidado o no.<sup>31</sup> Por ello se recurre a los datos de la última ECH disponible. Estos datos también presentan limitaciones: dado que es una muestra y en función de las características de los hogares y de la encuesta, los niños se encuentran por lo general subrepresentados; por otro lado, la representatividad de los datos hace que cuando las cantidades observadas son muy pequeñas, los datos se hagan poco confiables, lo que sucede en este caso con la asistencia a centros educativos de los niños de 0 año.

**Cuadro A4:** Distribución de los niños de 0 a 3 años por asistencia a centro de educación inicial según edades

Edad	No asiste	Asiste tiempo parcial público	Asiste tiempo parcial privado	Asiste tiempo completo público	Asiste tiempo completo privado	Total
0	97.67	0.46	0.51	0.21	1.14	100
1	87.74	2.13	5.27	0.76	4.10	100
2	64.67	13.04	13.03	3.00	6.26	100
3	40.27	28.35	19.4	4.95	7.03	100
<b>Total</b>	<b>71.23</b>	<b>11.64</b>	<b>10.01</b>	<b>2.35</b>	<b>4.77</b>	<b>100</b>

Fuente: ECH 2010

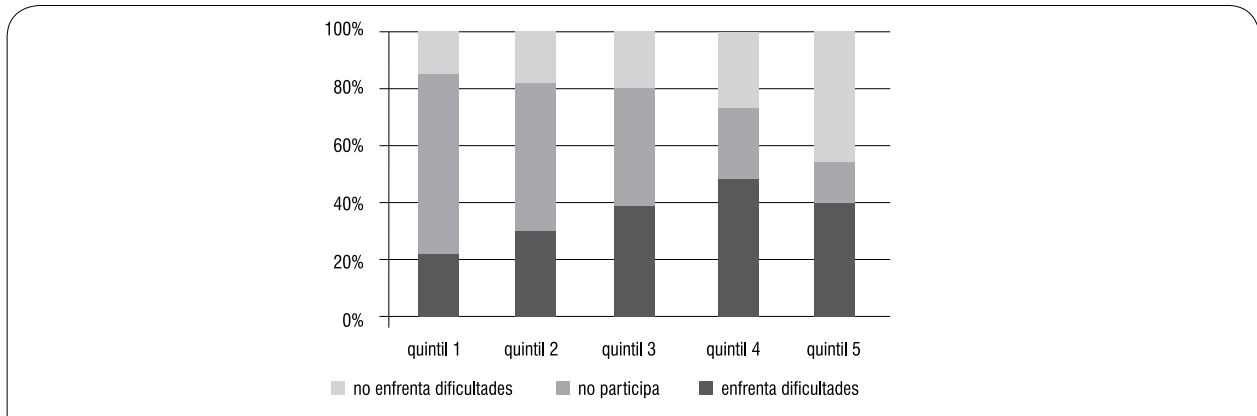
Se observa que efectivamente la asistencia aumenta significativamente con la edad: desde menos de un 3% en niños de 0 hasta un 60% para los de 3 años. Recién a partir de los 3 años los servicios públicos superan a los privados y los privados tienen siempre mayor cobertura en tiempo completo.

Araya, Colacce y Vázquez (2011) analizan conjuntamente la asistencia de los niños/as a los centros educativos y la condición laboral de la madre, considerando que una madre presenta dificultades asociadas al cuidado cuando las horas trabajadas por la madre superan las horas de utilización de servicios de cuidado. “Estas dificultades se acentúan para las madres pertenecientes a hogares de quintiles de ingresos medios. Las madres pertenecientes a quintiles de ingresos más bajos, dado que en su ma-

<sup>31</sup> Se debe recordar que la modalidad “Estimulación Oportuna” de CAIF para niños de 0 a 24 meses no se considera servicio de cuidado dado que la asistencia de los niños no es diaria y no implica el cuidado de niños sino el apoyo de las familias en pautas de crianza y la temprana socialización de los niños.

yoría no participan en el mercado laboral, no enfrentan dificultades en el cuidado de sus niños, optan en general por el cuidado maternal. Las madres pertenecientes a quintiles de ingresos medios presentan las mayores dificultades en los arreglos de cuidado, y esto se podría explicar porque, por un lado presentan una tasa de participación más alta respecto a los quintiles de ingresos más bajos, pero por otro lado sus ingresos no son suficientes para acceder a servicios privados de cuidado a los que sí acceden las madres del último quintil.” (Araya, Colacce y Vázquez, 2011:53).

**Gráfico A2:** Porcentaje de madres que enfrentan dificultades en resolver el cuidado infantil, según quintil de ingresos



Fuente: Araya, Colacce y Vázquez (2011), basado en ECH 09 \*Nota: Total del país urbano, hogares con niños/as de 0 a 12 años y madre en el hogar, 2009

Respecto al cuidado dentro del hogar, Salvador (2010) señala que los niños/as más pequeños son los que requieren de más tiempo de cuidado no remunerado dentro del hogar (39.4 horas semanales en promedio) y que las mujeres realizan el 60% de estas tareas mientras que sus parejas realizan entre el 15 y el 20%. Por otro lado, Batthyány (2009:108) señala que “las mujeres concentran su participación en tareas que requieren cotidianidad, sistematicidad, horarios (dar de comer, bañar, llevar a institución educativa) mientras que los varones se concentran más en tareas que no requieren dedicación diaria u horarios determinados”.<sup>32</sup>

Por último, Salvador (2009) muestra que las brechas más importantes en Trabajo no Remunerado (TNR) entre hombres y mujeres se dan en los extremos de los estratos sociales: en sectores de menores ingresos se opta por el trabajo remunerado (TR) de uno de sus miembros y el no remunerado del otro, mientras que en sectores de altos ingresos, donde se contrata servicio doméstico con frecuencia diaria y una alta dedicación del hombre al TR, se amplía la diferencia respecto de los estratos medios. Los sectores medios evidencian la menor brecha del TNR entre hombres y mujeres, aunque sigue siendo significativa y la carga global de trabajo (TNR+TR) es muy alta.

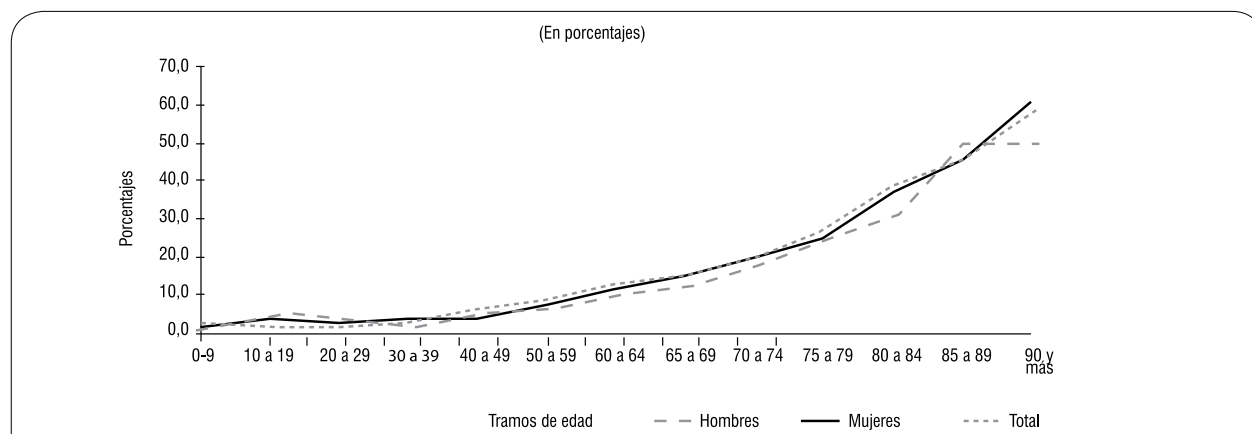
32 Datos del Módulo sobre Uso del Tiempo, realizado en el setiembre del 2007 con la ECH.

## PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA POR DISCAPACIDAD<sup>33</sup>

Antes de comenzar con este apartado se debe señalar que en Uruguay no existe ninguna fuente de información que permita identificar a las personas en situación de dependencia por discapacidad. Por ello, los datos que se presentan a continuación representan las mejores aproximaciones que se han obtenido a esta población. La Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, 2004 (ENPD) muestra que un 7.6% de la población que vive en localidades de 5000 o más habitantes presenta alguna discapacidad. No se observan diferencias significativas entre Montevideo e Interior, pero sí una mayor incidencia entre mujeres (8.2%) que varones (7.0%). Esto último se debe a que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que los varones y la cantidad de personas con discapacidad aumenta con la edad. De hecho, más del 50% de las personas con discapacidad tienen 65 años o más.

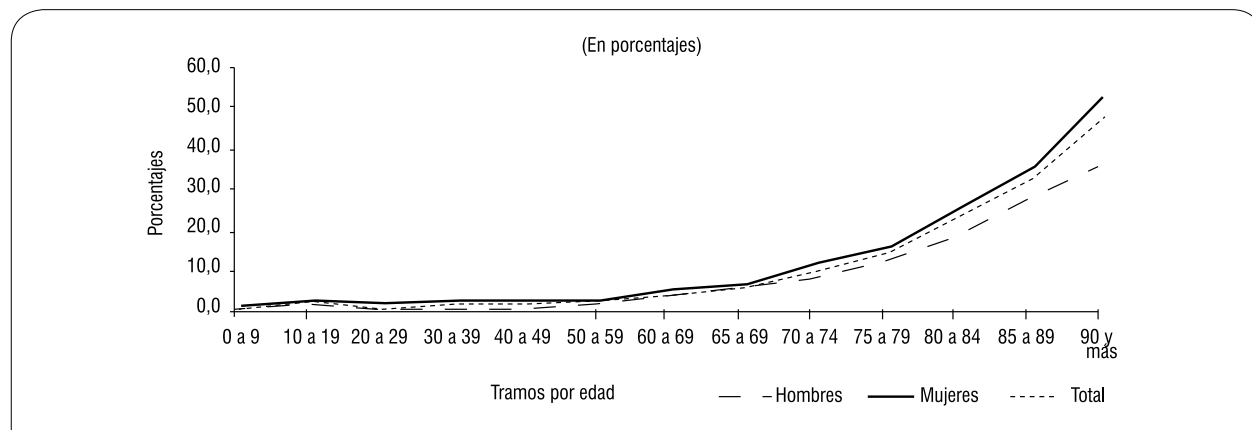
Salvador (2010), en base a la misma encuesta muestra claramente que proporción de personas con discapacidad aumenta con la edad. Además, dentro de ellas, aquellas que declaran requerir ayuda diaria tienen el mismo comportamiento y nunca alcanzan al total de personas con discapacidad. Esta subpoblación, un 4.1% de la población urbana, podría acercarse más a las personas en situación de dependencia por discapacidad que son la población objetivo del SNC. Según este informe, esto representa a unas 113.000 personas, mientras que el total de población con discapacidad es de 210.000.

**Gráfico A3:** Proporción de personas con discapacidad por tramos de edad según sexo. País urbano (2004)



Fuente: Salvador (2010), en base a ENPD

**Gráfico A3:** Proporción de personas con discapacidad y necesidad de ayuda diaria por tramos de edad según sexo. País urbano, 2004



Fuente: Salvador (2010), en base a ENPD

<sup>33</sup> Salvo que se indique lo contrario, este apartado se basa en el Documento de Base de Discapacidad.

Se debe señalar que si se toma en cuenta la información resultante del módulo de salud de la ENHA 2006, que incluye también a localidades de menos de 5000 habitantes, el porcentaje de personas que declara tener limitaciones permanentes asciende a 9.2% del total de población. Así, se observa que las cifras varían dependiendo del tipo de preguntas que se hacen y de la población encuestada.

Respecto al nivel de ingresos, más de 50% vive en hogares de los primeros dos quintiles de ingreso.

**Cuadro A5:** Porcentaje de población por quintil de ingreso per cápita del hogar, según presencia de discapacidad

	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5	Total
Con discapacidad	26.55	24.1	21	16.8	11.6	100
Sin discapacidad	31.3	22.5	18.3	15.3	12.5	100
<b>Total</b>	<b>30.9</b>	<b>22.7</b>	<b>18.5</b>	<b>15.4</b>	<b>12.4</b>	<b>100</b>

Fuente: Bagnato, M.J. (2011), en base a ENPD

Al analizar la población que requiere de asistencia o ayuda de otra persona, la función que reúne a más personas es la movilización fuera del hogar (40%), seguida por cuidarse a sí mismo e integrarse al aprendizaje (21 y 20%, respectivamente). Se debe tener en cuenta que estas categorías no son mutuamente excluyentes por lo que una persona puede requerir ayuda para realizar una o más de estas actividades

**Cuadro A.6:** Porcentaje de la población con discapacidad que requiere de asistencia o ayuda de otra persona por sexo, según actividad funcional

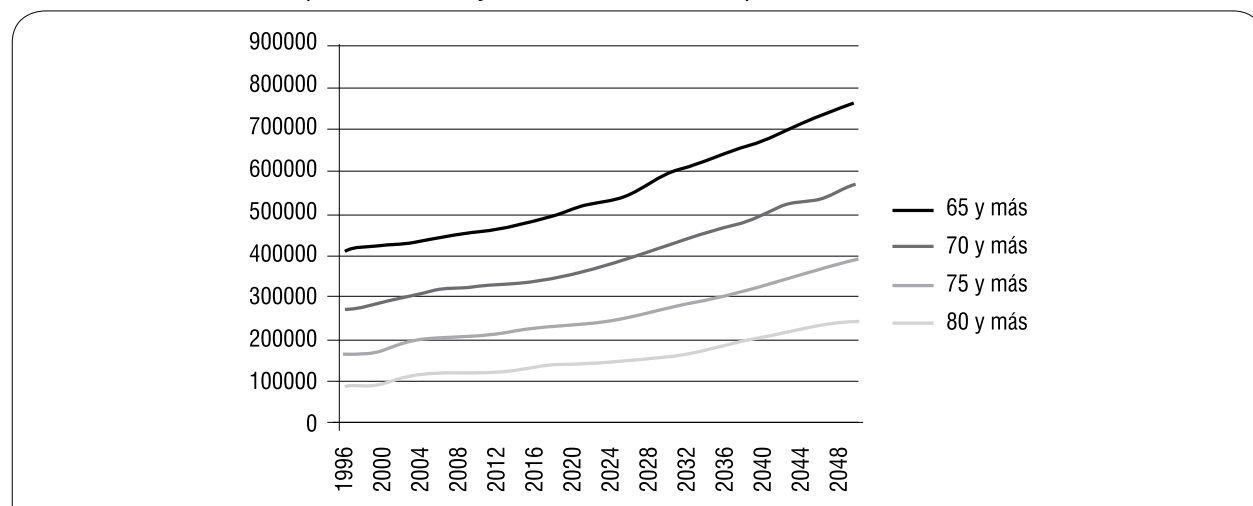
Actividad Funcional	Hombres	Mujeres	Total
Cuidarse a sí mismo	20.5	21.5	21.1
Realacionarse con los demás	18.9	13.2	15.6
Desplazarse dentro del hogar	15.1	15.8	15.5
Desplazarse fuera del hogar	34.7	44	40
Integrarse al aprendizaje	25.5	17.2	20.7

Fuente: Bagnato, M.J. (2011), en base a ENPD

## PERSONAS ADULTAS MAYORES

Como se ha mencionado anteriormente, la cantidad de adultos mayores en la población uruguaya está creciendo sistemáticamente desde hace varias décadas. Para el año 2012 se estima que el 14% del total de la población será mayor de 65 años, un total de más de 460.000 personas. Por otro lado, las personas de 80 años y más superarían las 125.000 personas.<sup>34</sup>

**Gráfico A.5:** Evolución de la población de 65 y más años, 1996–2050, por edades



Fuente: Proyecciones de población, INE

A la vez, los adultos mayores se concentran en los quintiles de ingreso más altos. Entre las personas de 65 y más años, casi el 6% pertenece a hogares del primer quintil mientras que más del 26% pertenece a hogares del último quintil de ingresos. Esto se profundiza a medida que aumenta la edad.

**Cuadro A.7:** Cantidad de adultos mayores por quintil de ingresos, 2010

	85 y más		70 y más		75 y más	
	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
Quintil 1	25645	5.6	15260	4.7	7758	3.6
Quintil 2	67231	14.7	44049	13.5	26721	12.3
Quintil 3	105009	23.0	76966	23.6	51323	23.7
Quintil 4	124294	27.2	91972	28.3	62789	29.0
Quintil 5	134326	29.4	97333	29.9	68048	31.4
<b>Total</b>	<b>456504</b>	<b>100.0</b>	<b>325581</b>	<b>100.0</b>	<b>216638</b>	<b>100.0</b>

Fuente: ECH 2010, ajustado por proyecciones de población

Así como en el caso de las personas con discapacidad, no existen investigaciones recientes que permitan determinar la cantidad de adultos mayores dependientes, aún cuando se conoce que la dependencia tiende a expresarse en mayor medida en cuanto crece la edad.

“Respecto a las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y la Capacidad Funcional, se registra un incremento de limitaciones asociado al aumento de la edad el menos en todo el Uruguay urbano, sin registrarse diferencias significativas entre Montevideo e Interior. En ese contexto, los mayores de Montevideo en general presentan, según la encuesta SABE<sup>35</sup>, menos limitaciones que el resto. Desglosando estos resultados por tramo de edad, se obtiene que el 86% de los adultos mayores montevideano de 60 a 74 años no presenta limitaciones. Lo mismo sucede con el 73% de los (montevideanos) ma-

34 Datos tomados de las proyecciones de población del INE.

35 Esta encuesta fue realizada en el año 2000



yores de 74 años. Analizando las limitaciones por sexo, se obtiene que el 89% de los hombres y el 79% de las mujeres no presentan limitaciones en las ABVD" (CEPAL, 2000, citado en Berriel, Pérez Fernández y Rodríguez, 2011).

Según Paredes, Ciarniello y Burnet (2010), en un 40% de los hogares uruguayos reside al menos una persona de 60 años y más. Al considerar los arreglos residenciales de los adultos mayores, se observa que un tercio pertenece a hogares del tipo pareja sola, en general compartiendo el hogar con otro adulto mayor, seguido por los hogares unipersonales y extendidos (22.7 y 20.1%, respectivamente).

**Cuadro A.8:** Porcentaje de adultos mayores por tipo de hogar

Tipo de hogar	Porcentaje
Unipersonal	22.7
Pareja sola	33.1
Pareja con hijos	11.9
Monoparental	6.2
Extendido	20.1
Compuesto	2.7
Otros	3.3
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Paredes, Ciarniello y Burnet (2010)

Dos tipos de residencias merecen una nota aparte: las residencias de larga estadía y el programa de soluciones habitacionales del BPS. Respecto a las primeras<sup>36</sup>, no se dispone de información precisa de la cantidad de personas que residen en estas instituciones. De Marco (2005, citada en Pugliese, 2007) estima que entre el 5 y el 7% de los adultos mayores vive residencias de larga estadía, lo que implica unas 25.000 personas. El 90% de estas personas se vivirían en residencias con fines de lucro y el restante en hogares sin fines de lucro. Huenchuan y Paredes (2006), en base a datos del conteo censal del 2004, estiman que más de 13.000 personas vivían en hogares colectivos. Por último, Pugliese (2007) establece que a septiembre del 2006 se habían detectado 1200 residenciales (800 en Montevideo y 400 en el Interior).

El programa de Soluciones Habitacionales coordinado por el BPS se basa en la asignación e viviendas para jubilados y pensionistas (exclusivamente contributivos). En setiembre del 2010, este programa había entregado 5754, ocupadas en general por un adulto mayor solo o una pareja sola. Aún cuando es condición necesaria para la ocupación de estas viviendas ser autoválido, muchos de quienes viven en estas viviendas son dependientes leves o moderados, dado que pasan a otro programa –cupos cama– cuando pierden la autonomía.

Por último, en referencia a los arreglos de cuidados de los hogares con adultos mayores, Batthyány, Alesina y Brunet (2007, citado en Salvador, 2010) identifican cinco modalidades:

1. cuando existe un cuidador principal, que generalmente es una mujer –esposa o hija del adulto mayor– y lo atiende en una relación de intercambio de cuidados en hogares trigeracionales, donde el adulto mayor a la vez cuida a los nietos;
2. cuando se contratan servicios de cuidadores para la atención de situaciones particulares (enfermedad o internación) o para la atención cotidiana (servicio doméstico);
3. cuando existe cuidado informal externo al hogar brindado por vecinos, amigos, familiares no residentes, en general se trata de apoyos no estructurado para atender algunas necesidades como el pago de cuentas o mandados;
4. autocuidado del adulto mayor y apoyo de las redes de pares;
5. adultos mayores independientes que viven en hogares unipersonales y manifiestan no tener necesidades de cuidados.

<sup>36</sup> Basado en Salvador (2010).

## LISTADO DE SIGLAS

ANEP – Administración Nacional de Educación Pública  
ASSE – Administración de los Servicios de Salud del Estado  
BPS – Banco de Previsión Social  
CAIF – Centros de Atención a la Infancia y la Familia  
CENFORES – Centro de Formación y Estudios (INAU)  
CEPAL – Comisión Económica para América Latina y el Caribe  
CIEDUR – Centro Interdisciplinario de Estudios sobre el Desarrollo  
ECH – Encuesta Continua de Hogares  
ENIA – Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia  
FONACU – Fondo Nacional de Cuidados  
FONASA – Fondo Nacional de Salud  
IM – Intendencia de Montevideo  
INAU – Instituto del Niño y el Adolescente de Uruguay  
INFAMILIA – Dirección de Infancia, Adolescencia y Familia  
INE – Instituto Nacional de Estadística  
JUNACU – Junta Nacional de Cuidados  
MEC – Ministerio de Educación y Cultura  
MIDES – Ministerio de Desarrollo Social  
MSP – Ministerio de Salud Pública  
MTSS – Ministerio de Trabajo y Seguridad Social  
MVOTMA – Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente  
OIT – Organización Internacional del Trabajo  
ONG – Organización No Gubernamental  
ONU – Organización de las Naciones Unidas  
OSC – Organizaciones de la Sociedad Civil  
PNUD – Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo  
SNC – Sistema Nacional de Cuidados  
SIPI – Sistema de Información para la Primera Infancia (INAU)  
SOCAT – Servicio de Orientación, Consulta y Articulación Territorial  
UNESCO – Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura  
UNFPA – Fondo de Población de las Naciones Unidas  
UNICEF – Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo  
UTU – Universidad del Trabajo del Uruguay



PRESIDENCIA  
REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS



MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA



MINISTERIO DE TRABAJO  
Y SEGURIDAD SOCIAL



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



MINISTERIO DE  
DESARROLLO SOCIAL



OPP

OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO



Instituto Nacional de Estadística



INAU



Administración de los Servicios  
de Salud del Estado



Instituto de Seguridad Social



Con todo derecho



Instituto Nacional del Adulto Mayor



Programa Nacional  
de Discapacidad



Instituto Nacional  
de las Mujeres