

seminarios y conferencias

El desafío de un sistema nacional de cuidados para el Uruguay

María Nieves Rico
Coordinadora



NACIONES UNIDAS



seminarios y conferencias

El desafío de un sistema nacional de cuidados para el Uruguay

María Nieves Rico
Coordinadora

División de Desarrollo Social
Santiago, agosto de 2011



Este documento fue coordinado por María Nieves Rico, Oficial de Asuntos Sociales de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). La publicación se realizó en el marco de las actividades del Acuerdo CEPAL-UNFPA “Género, población y desarrollo” (Proyecto RLA/6P41 A), componente “Estructuras familiares en América Latina y el Caribe”. La publicación de esta serie contó con el auspicio de UNICEF TACRO como parte del proyecto CEPAL-UNICEF “Pobreza infantil” (UNI/10/003).

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de responsabilidad exclusiva del autor y pueden no coincidir con las de las organizaciones mencionadas.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN: 1680-9033

LC/L.3359

Copyright © Naciones Unidas, agosto de 2011. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

I. Presentación	11
II. El tiempo de la justicia social: la hora de los cuidados, Andrés Scagliola	13
III. Hacia un sistema nacional de cuidados en el Uruguay, Soledad Salvador	15
Introducción.....	17
A. Aspectos conceptuales y metodológicos	23
B. Áreas geográficas del Uruguay en función de características socioeconómicas y tipos de dependencia	25
1. Niveles de ingreso y pobreza.....	25
2. Relación y tipo de dependencia.....	29
3. Tasas de actividad y desempleo	31
4. Síntesis	34
C. La matriz estatal de protección social en el Uruguay	35
1. Servicios y prestaciones para la población infantil.....	35
2. Servicios y prestaciones para los adultos mayores	50
3. Servicios y prestaciones para personas con discapacidad	61
4. Resumen de la matriz estatal de protección social	71
D. El componente que aporta el sector privado al sistema de cuidados	72
1. Servicio doméstico	72
2. Guarderías y jardines privados (de 0 a 3 años).....	73
3. Cobertura del nivel inicial y primaria del sector privado (de 4 a 12 años).....	74
4. Servicios privados de salud	76
5. Los servicios de compañía en sanatorios y domicilio.....	84

6.	Resumen del componente privado del sistema de cuidados.....	85
E.	El componente que brindan las familias al sistema de cuidados.....	86
1.	Los determinantes del tiempo de trabajo no remunerado.....	89
2.	Resumen de la matriz del sistema de cuidados con todos sus componentes.....	91
F.	Proyecciones de la población destinataria para los próximos 20 años.....	95
G.	Opciones de política y estrategias de corto, mediano y largo plazo.....	98
1.	Marco analítico	98
2.	Propuestas para el Uruguay.....	103
3.	Estrategias de corto, mediano y largo plazo.....	107
	Bibliografía	109
IV.	Informe de relatoría Seminario: “Hacia un sistema nacional de cuidados en Uruguay” ...	113
A.	Antecedentes	113
B.	Asistencia y organización de los trabajos	114
C.	Desarrollo del Seminario.....	114
1.	Sesión de Apertura.....	114
2.	Objetivos y Dinámica.....	115
3.	Presentación del estudio: “Hacia un Sistema Nacional de Cuidados”	116
4.	Panel de Representantes del Estado	116
5.	Panel de Comentarios I: entidades gubernamentales	118
6.	Panel de Comentarios II: centros académicos y sociedad civil.....	119
7.	Perspectivas a futuro	120
8.	Sesión de Clausura.....	120
D.	Acuerdos y recomendaciones del Seminario	121
E.	Programa del Seminario y ponentes.....	123
	Anexos.....	125
	Anexo 1. Plano de Montevideo.....	126
	Anexo 2. Cuadros estadísticos	127
	Anexo 3. Sobre servicios y prestaciones para el cuidado infantil de 0 a 12 años	133
	Anexo 4. Sobre servicios y prestaciones para el cuidado de los adultos mayores	142
	Anexo 5. Sobre servicios y prestaciones para el cuidado de personas con discapacidad	147
	Serie Seminarios y conferencias: números anteriores.....	155
	Índice de cuadros	
CUADRO III.1	URUGUAY: COBERTURA DE LOS CENTROS PÚBLICOS DE CUIDADO INFANTIL, 2009	36
CUADRO III.2	MONTEVIDEO: COBERTURA DE LOS CENTROS PÚBLICOS DE CUIDADO INFANTIL, 2009	36
CUADRO III.3	MONTEVIDEO: COBERTURA DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE CUIDADO INFANTIL POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009.....	37
CUADRO III.4	INTERIOR: COBERTURA DE LOS CENTROS PÚBLICOS DE CUIDADO INFANTIL, 2009 (EN NÚMERO DE PERSONAS Y PORCENTAJES).....	37
CUADRO III.5	INTERIOR: COBERTURA DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE CUIDADO INFANTIL POR ESTRATO, 2009.....	38
CUADRO III.6	MONTEVIDEO: COBERTURA DE LA EDUCACIÓN PÚBLICA INICIAL Y PRIMARIA POR ALCALDÍA, 2009	39
CUADRO III.7	INTERIOR: COBERTURA DE LA EDUCACIÓN PÚBLICA INICIAL Y PRIMARIA POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009	40
CUADRO III.8	MONTEVIDEO: COBERTURA DE LOS COMEDORES PÚBLICOS PARA NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS POR ALCALDÍA, 2009	42
CUADRO III.9	MONTEVIDEO: COBERTURA DE LOS COMEDORES PÚBLICOS PARA NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS POR ESTRATO, 2009	42

CUADRO III.10	INTERIOR: COBERTURA DE LOS COMEDORES PÚBLICOS PARA NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS, POR ESTRATO, 2009	42
CUADRO III.11	URUGUAY: COBERTURA DE CANASTAS DE ALIMENTACIÓN PARA NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS POR ÁREA GEOGRÁFICA, 2009	43
CUADRO III.12	MONTEVIDEO: COBERTURA DE LA TARJETA ALIMENTARIA EN HOGARES CON NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS POR ESTRATO, 2009.....	43
CUADRO III.13	INTERIOR: COBERTURA DE LA TARJETA ALIMENTARIA EN HOGARES CON NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS POR ESTRATO, 2009.....	43
CUADRO III.14	URUGUAY: DISTRIBUCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA SEGÚN INSTITUCIÓN Y TRAMOS DE EDAD, 2009	44
CUADRO III.15	MONTEVIDEO: COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA EN NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS POR ALCALDÍA, 2009	45
CUADRO III.16	MONTEVIDEO: COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA EN NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS POR ESTRATO Y TRAMOS DE EDAD, 2009	45
CUADRO III.17	INTERIOR: COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA EN NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS POR ESTRATO Y TRAMOS DE EDAD, 2009	46
CUADRO III.18	URUGUAY: HOGARES CON NIÑOS QUE ACCEDEN A ASIGNACIONES FAMILIARES SEGÚN TIPO DE ASIGNACIÓN, 2009.....	47
CUADRO III.19	MONTEVIDEO: HOGARES CON NIÑOS QUE ACCEDEN A ASIGNACIONES FAMILIARES SEGÚN ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS, 2009	47
CUADRO III.20	INTERIOR: HOGARES CON NIÑOS QUE ACCEDEN A ASIGNACIONES FAMILIARES SEGÚN ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS, 2009	48
CUADRO III.21	URUGUAY: COBERTURA DE SALUD PÚBLICA PARA ADULTOS MAYORES SEGÚN INSTITUCIÓN, 2009	52
CUADRO III.22	MONTEVIDEO: COBERTURA DE SALUD PÚBLICA PARA ADULTOS MAYORES POR ALCALDÍA, 2009	53
CUADRO III.23	MONTEVIDEO: COBERTURA DE SALUD PÚBLICA PARA ADULTOS MAYORES POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009.....	53
CUADRO III.24	INTERIOR: COBERTURA DE SALUD PÚBLICA PARA ADULTOS MAYORES POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009	54
CUADRO III.25	MONTEVIDEO: COBERTURA DE JUBILACIONES PARA ADULTOS MAYORES POR ALCALDÍA, 2009	55
CUADRO III.26	MONTEVIDEO: COBERTURA DE JUBILACIONES PARA ADULTOS MAYORES POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009.....	56
CUADRO III.27	INTERIOR: COBERTURA DE JUBILACIONES PARA ADULTOS MAYORES POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009	56
CUADRO III.28	MONTEVIDEO: COBERTURA DE PENSIONES DE SOBREVIVENCIA PARA MUJERES ADULTAS MAYORES POR ALCALDÍA, 2009.....	57
CUADRO III.29	MONTEVIDEO: COBERTURA DE PENSIONES DE SOBREVIVENCIA PARA MUJERES ADULTAS MAYORES POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009.....	57
CUADRO III.30	INTERIOR: COBERTURA DE PENSIONES DE SOBREVIVENCIA PARA MUJERES ADULTAS MAYORES POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009.....	58
CUADRO III.31	URUGUAY: COBERTURA DE LA PENSIÓN A LA VEJEZ PARA ADULTOS MAYORES POR ÁREA GEOGRÁFICA, 2009	58
CUADRO III.32	URUGUAY: COBERTURA DE LAS CANASTAS DE ALIMENTACIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES POR ÁREA GEOGRÁFICA, 2009	59
CUADRO III.33	URUGUAY: COBERTURA DE LA TARJETA ALIMENTARIA EN HOGARES CON ADULTOS MAYORES POR ÁREA GEOGRÁFICA, 2009.....	59
CUADRO III.34	COBERTURA DE LA ESCUELA PÚBLICA EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS CON DISCAPACIDAD SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA (LOCALIDADES CON MÁS DE 5.000 HABITANTES), 2004	62
CUADRO III.35	MONTEVIDEO: COBERTURA DE SALUD PÚBLICA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2004.....	64

CUADRO III.36	INTERIOR: COBERTURA DE SALUD PÚBLICA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO (LOCALIDADES CON MÁS DE 5.000 HABITANTES), 2004	64
CUADRO III.37	URUGUAY: PENSIONES POR INVALIDEZ SEGÚN SEXO Y TRAMOS DE EDAD, 2009.....	66
CUADRO III.38	MONTEVIDEO: COBERTURA DE LAS PENSIONES A PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN ALCALDÍA, 2004	66
CUADRO III.39	MONTEVIDEO: COBERTURA DE LAS PENSIONES A PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2004.....	67
CUADRO III.40	INTERIOR: COBERTURA DE LAS PENSIONES A PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO (LOCALIDADES CON MÁS DE 5.000 HABITANTES), 2004	67
CUADRO III.41	URUGUAY: COBERTURA DE LAS JUBILACIONES EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD (LOCALIDADES CON MÁS DE 5.000 HABITANTES), 2004.....	68
CUADRO III.42	MONTEVIDEO: COBERTURA DE LAS JUBILACIONES EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD MAYORES DE 65 AÑOS SEGÚN ALCALDÍA, 2004.....	68
CUADRO III.43	MONTEVIDEO: COBERTURA DE LAS JUBILACIONES A PERSONAS CON DISCAPACIDAD MAYORES DE 65 AÑOS SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2004.....	69
CUADRO III.44	INTERIOR: COBERTURA DE LAS JUBILACIONES EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD MAYORES DE 65 AÑOS SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO (LOCALIDADES CON MÁS DE 5.000 HABITANTES), 2004	69
CUADRO III.45	URUGUAY: COBERTURA DE LAS CANASTAS DE ALIMENTACIÓN EN PERSONAS QUE RECIBEN LA PENSIÓN POR INVALIDEZ SEGÚN TRAMOS DE EDAD, 2009	70
CUADRO III.46	URUGUAY: COBERTURA DE LAS CANASTAS DE ALIMENTACIÓN EN PERSONAS QUE RECIBEN LA PENSIÓN POR INVALIDEZ SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA Y ESTRATO, 2009	70
CUADRO III.47	MATRIZ ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN EL URUGUAY	71
CUADRO III.48	URUGUAY: DISTRIBUCIÓN DEL SERVICIO DOMÉSTICO ENTRE LOS ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS Y EN EL INTERIOR DEL ESTRATO, 2009.....	72
CUADRO III.49	URUGUAY: DISTRIBUCIÓN DEL SERVICIO DOMÉSTICO ENTRE LOS ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS SEGÚN MODALIDAD, 2009.....	73
CUADRO III.50	MONTEVIDEO: COBERTURA DE SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL PRIVADOS POR ALCALDÍA, 2009.....	73
CUADRO III.51	MONTEVIDEO: COBERTURA DE SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL PRIVADOS POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009	74
CUADRO III.52	INTERIOR: COBERTURA DE SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL PRIVADOS POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009	74
CUADRO III.53	MONTEVIDEO: COBERTURA DE LA EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA DEL SECTOR PRIVADO POR ALCALDÍA, 2009	75
CUADRO III.54	MONTEVIDEO: COBERTURA DE LA EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA DEL SECTOR PRIVADO POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009.....	75
CUADRO III.55	INTERIOR: COBERTURA DE LA EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA DEL SECTOR PRIVADO POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009	76
CUADRO III.56	MONTEVIDEO: COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS PARA NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS SEGÚN ALCALDÍA, 2009.....	77
CUADRO III.57	MONTEVIDEO: COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS PARA NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009	77
CUADRO III.58	COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS PARA NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, INTERIOR, 2009	77
CUADRO III.59	URUGUAY: COBERTURA DE SERVICIOS DE EMERGENCIA MÓVIL EN NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009	78

CUADRO III.60	MONTEVIDEO: COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS PARA ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS SEGÚN ALCALDÍA, 2009.....	79
CUADRO III.61	MONTEVIDEO: COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS PARA ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009.....	79
CUADRO III.62	INTERIOR: COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS PARA ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009.....	79
CUADRO III.63	URUGUAY: COBERTURA DE SERVICIOS DE EMERGENCIA MÓVIL EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009.....	80
CUADRO III.64	MONTEVIDEO: COBERTURA DE SALUD PRIVADA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN ALCALDÍAS, 2004.....	80
CUADRO III.65	MONTEVIDEO: COBERTURA DE SALUD PRIVADA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2004.....	81
CUADRO III.66	INTERIOR: COBERTURA DE SALUD PRIVADA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO (LOCALIDADES CON MÁS DE 5.000 HABITANTES), 2004.....	81
CUADRO III.67	URUGUAY: COBERTURA DE EMERGENCIA MÓVIL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN TRAMOS DE EDAD, 2004.....	81
CUADRO III.68	MONTEVIDEO: COBERTURA DE EMERGENCIA MÓVIL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN ALCALDÍA, 2004.....	82
CUADRO III.69	MONTEVIDEO: COBERTURA DE EMERGENCIA MÓVIL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2004.....	82
CUADRO III.70	INTERIOR: COBERTURA DE EMERGENCIA MÓVIL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2004.....	83
CUADRO III.71	MONTEVIDEO: COBERTURA DE SERVICIOS DE ACOMPAÑANTE SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2005-2006.....	85
CUADRO III.72	EL COMPONENTE PRIVADO DEL SISTEMA DE CUIDADOS EN EL URUGUAY.....	85
CUADRO III.73	URUGUAY: RESULTADO DE LA REGRESIÓN TOBIT DEL TIEMPO DE TRABAJO NO REMUNERADO DEDICADO A LOS QUEHACERES DOMÉSTICOS, SEPTIEMBRE DE 2007.....	89
CUADRO III.74	URUGUAY: RESULTADO DE LA REGRESIÓN TOBIT DEL TIEMPO DE TRABAJO NO REMUNERADO DEDICADO AL CUIDADO INFANTIL, SEPTIEMBRE DE 2007.....	90
CUADRO III.75	URUGUAY: RESULTADO DE LA REGRESIÓN TOBIT DEL TIEMPO DE TRABAJO NO REMUNERADO DEDICADO AL CUIDADO A DEPENDIENTES, SEPTIEMBRE DE 2007.....	91
CUADRO III.76	MATRIZ DEL SISTEMA DE CUIDADOS DE EL URUGUAY CON TODOS SUS COMPONENTES, SEGÚN ALCALDÍA Y ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS.....	92
CUADRO III.77	MATRIZ DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA ADULTOS MAYORES, SEGÚN ALCALDÍA DE MONTEVIDEO Y ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS.....	93
CUADRO III.78	MATRIZ DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, SEGÚN ALCALDÍA DE MONTEVIDEO Y ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS.....	94
CUADRO III.79	EFFECTOS DE LAS OPCIONES DE POLÍTICAS EN DISTINTOS OBJETIVOS.....	102
CUADRO III.80	CAPACIDADES Y POLÍTICAS PÚBLICAS.....	103
CUADRO A.2.1	URUGUAY: DEPARTAMENTOS SEGÚN NIVELES DE INDIGENCIA, POBREZA Y VULNERABILIDAD A LA POBREZA, 2009.....	127
CUADRO A.2.2	URUGUAY: DEPARTAMENTOS SEGÚN LA ESTRATIFICACIÓN SOCIAL PROPUESTA POR LA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA, 2009.....	128
CUADRO A.2.3	URUGUAY: DEPARTAMENTOS SEGÚN RELACIÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA Y TIPO DE POBLACIÓN DEPENDIENTE, 2009.....	129

CUADRO A.2.4	ALUMNOS MATRICULADOS DE EDUCACIÓN PRIMARIA PÚBLICA EN EDUCACIÓN COMÚN POR CATEGORÍA SEGÚN DEPARTAMENTO, ABRIL DE 2009.	130
CUADRO A.2.5	ALUMNOS MATRICULADOS EN EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA PÚBLICA EN EDUCACIÓN ESPECIAL, POR TIPO DE DISCAPACIDAD, SEGÚN DEPARTAMENTO, ABRIL DE 2010.....	131
CUADRO A.2.6	URUGUAY: PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN TRAMOS DE EDAD Y SEXO, 2004.....	132
CUADRO A.3.1	PROMEDIO CANASTAS RIESGO SOCIAL Y RIESGO NUTRICIONAL, INDA, 2008	138

Índice de gráficos

GRÁFICO III.1	MONTEVIDEO: ALCALDÍAS SEGÚN ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS DEL INE, 2009.....	26
GRÁFICO III.2	MONTEVIDEO: ALCALDÍAS SEGÚN NIVELES DE INDIGENCIA, POBREZA Y VULNERABILIDAD A LA POBREZA, 2009	26
GRÁFICO III.3	MONTEVIDEO: ALCALDÍAS SEGÚN LA ESTRATIFICACIÓN SOCIAL PROPUESTA POR LA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA, 2009.....	27
GRÁFICO III.4	ESTRATOS DEL INE PARA EL INTERIOR DEL PAÍS SEGÚN QUINTILES DE INGRESOS PER CÁPITA DEL HOGAR, 2009	28
GRÁFICO III.5	ESTRATOS DEL INE PARA EL INTERIOR DEL PAÍS SEGÚN NIVELES DE INDIGENCIA, POBREZA Y VULNERABILIDAD A LA POBREZA, 2009.....	28
GRÁFICO III.6	ESTRATOS DEL INE PARA EL INTERIOR DEL PAÍS SEGÚN ESTRATIFICACIÓN SOCIAL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA, 2009.....	29
GRÁFICO III.7	ALCALDÍAS SEGÚN RELACIÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA, 2009	30
GRÁFICO III.8	ALCALDÍAS SEGÚN TIPO DE POBLACIÓN DEPENDIENTE, 2009	30
GRÁFICO III.9	ESTRATOS DEL INTERIOR DEL PAÍS SEGÚN RELACIÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA, 2009.....	31
GRÁFICO III.10	ESTRATOS DEL INTERIOR DEL PAÍS SEGÚN RELACIÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA, 2009.....	31
GRÁFICO III.11	MONTEVIDEO: TASAS DE ACTIVIDAD POR SEXO SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009.....	32
GRÁFICO III.12	MONTEVIDEO: TASAS DE DESEMPLEO POR SEXO SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009.....	32
GRÁFICO III.13	MONTEVIDEO: TASAS DE ACTIVIDAD POR SEXO SEGÚN ALCALDÍAS, 2009.....	33
GRÁFICO III.14	MONTEVIDEO: TASAS DE DESEMPLEO POR SEXO SEGÚN ALCALDÍAS, 2009.....	33
GRÁFICO III.15	INTERIOR: TASAS DE ACTIVIDAD POR SEXO SEGÚN ESTRATOS, 2009.....	34
GRÁFICO III.16	INTERIOR: TASAS DE DESEMPLEO POR SEXO SEGÚN ESTRATOS, 2009	34
GRÁFICO III.17	URUGUAY: NÚMERO DE PERSONAS BENEFICIARIAS DE LA DEDUCCIÓN POR HIJO DEL IRPF SEGÚN DECIL DE INGRESOS PER CÁPITA DEL HOGAR, 2009	48
GRÁFICO III.18	URUGUAY: MONTO PROMEDIO DE LA DEDUCCIÓN DEL IRPF POR HIJO SEGÚN DECIL DE INGRESOS PER CÁPITA DEL HOGAR, 2009	49
GRÁFICO III.19	URUGUAY: ESTRUCTURA DE LAS PENSIONES POR INVALIDEZ POR TRAMOS DE EDAD SEGÚN SEXO, 2009	65
GRÁFICO III.20	URUGUAY: PROMEDIO DE HORAS DIARIAS DE TRABAJO NO REMUNERADO SEGÚN SEXO, EDAD Y QUINTIL DE INGRESOS PER CÁPITA DEL HOGAR, SEPTIEMBRE DE 2007.....	86
GRÁFICO III.21	URUGUAY: PROYECCIONES DE POBLACIÓN POR TRAMOS DE EDAD, 1996-2025	95

GRÁFICO III.22	URUGUAY: PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN INFANTIL POR TRAMOS DE EDAD SEGÚN SEXO, 1996-2025	96
GRÁFICO III.23	URUGUAY: PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR TRAMOS DE EDAD SEGÚN SEXO, 1996-2025	96
GRÁFICO III.24	URUGUAY: PROPORCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR TRAMOS DE EDAD SEGÚN SEXO, 2004	97
GRÁFICO III.25	URUGUAY: PROPORCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CON NECESIDAD DE AYUDA DIARIA POR TRAMOS DE EDAD SEGÚN SEXO, 2004	97
GRÁFICO III.26	URUGUAY: PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR CON DISCAPACIDAD Y CON NECESIDAD DE AYUDA DIARIA SEGÚN TRAMOS DE EDAD Y SEXO, 2004-2025	98

Índice de diagramas

DIAGRAMA III.1	EL FUNCIONAMIENTO ECONÓMICO DESDE UNA MIRADA DE GÉNERO	20
DIAGRAMA III.2	EL ICEBERG DE LA ECONOMÍA.....	21
DIAGRAMA III.3	PRINCIPIOS NORMATIVOS PARA GUIAR LA INCORPORACIÓN DEL CUIDADO EN LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL	99

Índice de mapas

MAPA A.1.1	PLANO DE MONTEVIDEO SEGÚN BARRIOS Y ALCALDÍAS	126
------------	---	-----

I. Presentación

En julio de 2010 se inició un trabajo de colaboración entre el Ministerio de Desarrollo Social del Uruguay (MIDES) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) con objeto de contribuir al debate en ese país sobre la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Cuidados de las personas dependientes, en particular niñas y niños, personas adultas mayores y con discapacidad. Este esfuerzo de cooperación se enmarcó en el componente “Estructuras familiares en América Latina y el Caribe” del acuerdo entre la CEPAL y la Oficina Regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA-LACRO) “Género, población y desarrollo”, y contó con la participación de distintos fondos y programas de las Naciones Unidas en el Uruguay: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).

El MIDES, como parte del Gabinete Social y del Consejo Coordinador de Políticas Sociales del Gobierno del Uruguay, integra el Grupo de Trabajo creado en mayo de 2010 por resolución presidencial para coordinar el diseño de un Sistema Nacional de Cuidados, del que también participan el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), el Banco de Previsión Social (BPS), el Instituto Nacional de Estadística (INE), el Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU) y la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Un primer producto del acuerdo entre el MIDES y la CEPAL fue la elaboración del estudio “Hacia un sistema nacional de cuidados en el Uruguay” que se presenta en su versión final en esta publicación. En el estudio se incluye la identificación y el análisis de la matriz estatal de protección social que se integra al sistema de cuidados, así como los aportes que el sector privado y las familias hacen a él. Se presenta con especial consideración la distribución territorial de los recursos socioeconómicos y los tipos de dependencia. También se proponen elementos que contribuyan a la creación de una imagen objetivo sobre el carácter y la cobertura esperada para un sistema con estas características en el Uruguay. Con una visión estratégica se pretende aportar a la respuesta estatal a las necesidades y demandas de cuidados de la población y a la calidad de las políticas públicas en el país.

Una segunda etapa de este proceso de colaboración técnico — político se concretó en diciembre de 2010 cuando se realizó en Montevideo un Seminario donde se presentaron y debatieron los aspectos medulares de la investigación así como sus conclusiones y propuestas. En este evento se contó con la activa participación de todos los órganos del gobierno uruguayo vinculados con la problemática del cuidado, destacándose la participación del Vicepresidente del país, representantes del poder legislativo y de partidos políticos, así como representantes de centros académicos y organizaciones de la sociedad civil y de las oficinas nacionales de distintos fondos y programas de las Naciones Unidas. El Informe de relatoría de dicho seminario, que contiene los principales acuerdos y recomendaciones a los que se arribó, se encuentra también en esta publicación.

Se espera que la información que se presenta en este documento sea un material relevante para el trabajo que desarrolla el Grupo de Trabajo, y constituya una contribución para el debate público sobre un Sistema Nacional de Cuidados, que se ha iniciado hace algunos años en variados foros y procesos deliberativos, y que de forma segura será creciente durante el presente año y los venideros.

II. El tiempo de la justicia social: la hora de los cuidados

Andrés Scagliola

*Director Nacional de Política Social
Ministerio de Desarrollo Social
República Oriental del Uruguay*

Uruguay está hoy —cara a cara— ante el desafío de la equidad y de la igualdad.

Encarando el que será el período de crecimiento sostenido más largo de su historia, el país repiensa —tanto en el debate público como en sus ámbitos de diseño técnico y de decisión política— los mecanismos para hacer del crecimiento económico un proceso de desarrollo social justo y sostenible.

Estamos convencidos que la política económica y la política social son —ambas de la mano, sin subordinación de una respecto de la otra— centrales en esta discusión. En el caso de la política social, fortalecer y modernizar el Estado de bienestar y de protección social, en un sentido cada vez más justo, es fundamental. Y es necesario hacerlo en relación a los riesgos sociales asociados al ciclo de vida —como el “envejecimiento del envejecimiento”— así como a los cuellos de botella del propio crecimiento —la necesidad de potenciar la oferta y la productividad de la fuerza de trabajo.

A su vez, debemos enfatizar una fuerte inversión en los cuidados que apunten al desarrollo infantil más pleno de las y los más pequeños —más allá de las condiciones socio-económicas de las familias— así como a la integración social de quienes, hasta hoy, han sido por su discapacidad condenados a la exclusión social.

Es claro para nosotros que la modernización de la protección social pasa por un compromiso firme con las perspectivas de derechos y de género así como con el principio de solidaridad entre generaciones. Desde estos puntos de partida, Uruguay procurará socializar la responsabilidad de los cuidados: tanto en el acceso a los servicios de cuidados —segmentado por nivel socio-económico— como de la propia función del cuidado —hoy depositado sobre las espaldas de las familias y, particularmente, de las mujeres.

El Presidente de la República, Sr. José Mujica, creó el Grupo de Trabajo que coordinamos con el cometido de articular la creación de un Sistema de Cuidados con centro en los niños y niñas de 0 a 3 años, las personas adultas mayores y las personas con discapacidad dependientes. En 2011, este grupo presentará un proyecto que habrá recogido el debate, a través de un amplio proceso de consulta y participación con los más diversos actores tanto a nivel central como a nivel territorial.

El Seminario “Hacia un Sistema Nacional de Cuidados en Uruguay” realizado el 9 de diciembre de 2010 en Montevideo fue una primera instancia fundamental en este sentido. En una Sala Zelmar Michelini del Poder Legislativo abarrotada de público, las y los altos representantes del Gobierno Nacional y del Sistema de Naciones Unidas ratificaron la prioridad de esta nueva apuesta de política pública.

El trabajo de Soledad Salvador presentado en esa instancia —en el marco del acuerdo de asistencia técnica del Ministerio de Desarrollo Social con CEPAL y UNFPA—, y publicado en este documento, así como las ponencias presentadas e intervenciones realizadas en el debate —recogidas por la relatoría realizada— han sido y son insumos fundamentales para el proceso de construcción de política pública que encaramos.

Como afirmara el Vicepresidente de la República, Cr. Danilo Astori, en la inauguración del Seminario, se trata de articular la política pública de cuidados de las personas dependientes con la matriz de protección social estatal cuyas bases de reforma pusiera el Plan de Equidad. De la misma manera, se trata de articularla con los procesos de cambio en el mercado, en las comunidades y en las familias. En esa línea trabajamos.

Este tiempo que viven Uruguay y América Latina representa una ventana de oportunidad incomparable para la construcción de sociedades más justas en términos socioeconómicos, de género, generacionales y étnico-raciales.

Conscientes de ello, ponemos todo nuestro empeño en esta apuesta por una política pública de cuidados y de apoyo de las personas que necesitan de otras para la vida diaria, con una perspectiva de derechos y universal, en el entendido de que así contribuiremos a un Uruguay no sólo más próspero sino también más justo. Es gratificante saber que, en este proceso, contamos con el apoyo de Naciones Unidas.

III. Hacia un sistema nacional de cuidados en el Uruguay

Soledad Salvador¹

¹ El documento fue elaborado por Soledad Salvador, consultora de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), con la colaboración de Nicole Bidegain y Martina Querejeta. Las autoras agradecen los valiosos comentarios de Juliana Martínez Franzoni, Laura Pautassi, María Nieves Rico y Fernando Filgueira, así como de los participantes del Seminario “Hacia un sistema nacional de cuidados en Uruguay” realizado el 9 de diciembre de 2010 en Montevideo.

Introducción

Se denomina sistema 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, lo que incluye la atención de personas dependientes (niños, discapacitados, ancianos y trabajadores sobreocupados) y los quehaceres domésticos². En cada uno de los países se espera que este sistema se integre al sistema de protección social vigente y sea parte central de este. Los componentes del sistema se clasifican en: prestaciones monetarias, servicios, licencias y políticas de tiempo, dado que se necesita de “tiempo para cuidar, dinero para cuidar y/o servicios de cuidado” (Ellingstaeter, 1999, pág. 41, citado en Pautassi, 2010).

La construcción de un sistema de cuidados tiene como propósitos:

- Contribuir al bienestar de las personas que requieren de cuidados y de las cuidadoras (sobre todo mujeres) mediante el pleno ejercicio de su derecho a dar, recibir cuidados y a autocuidarse³.

La presencia parcial y fragmentada del Estado en la cobertura de las demandas de cuidado lleva a un déficit de cuidados.

² A este sistema, refiriéndose al espacio donde la fuerza de trabajo es reproducida y mantenida, es a lo que la economía feminista llama economía del cuidado, que incluye todas las actividades que involucran las tareas de cocina y limpieza, el mantenimiento general del hogar y el cuidado de niños, enfermos y personas con discapacidad. Para un mayor desarrollo del tema véase Rodríguez Enríquez (2005).

³ Para un mayor desarrollo de este enfoque y su vínculo con los cuidados véase Pautassi (2010).

Cada sector o clase social lo resuelve en la medida de sus posibilidades y muy probablemente comprometiendo el bienestar de alguno de sus miembros⁴. Como plantea Clara Fassler (2009, pág. 7): *“las crecientes necesidades de cuidado son en la actualidad un problema de gran magnitud e impacto para la familia, especialmente para las mujeres, rebasando su capacidad de respuesta, distorsionando muchas veces las relaciones entre sus miembros y cubriendo malamente las necesidades de las personas dependientes”*.

- Contribuir a la reducción de las desigualdades sociales y de género. El desarrollo de un sistema de cuidados debe ser concebido para revertir las desigualdades de género en la distribución del trabajo remunerado y no remunerado que además de lesionar los derechos de ciudadanía de más de la mitad de la población, son una fuente de creación y reproducción de las desigualdades sociales. Como se plantea en Aguirre (2009, pág. 39): *“los beneficios de la ciudadanía social han incidido de forma diferencial en hombres y mujeres, debido a que las políticas de bienestar se han centrado en aquellos que participan en el mercado, reproduciendo las relaciones de subordinación en la esfera familiar”*.

Además de la pobreza de ingresos propios que padecen estas mujeres por el reconocimiento formal del trabajo no remunerado como trabajo, sufren de pobreza de tiempo. Como señala Araceli Damián (2003, citada en Scuro, 2009, pág. 135): *“el tiempo es un recurso fundamental para los hogares, y su disponibilidad o carencia afecta directamente la calidad de vida de los miembros. (...) Si bien la pobreza de ingresos identifica a los hogares que no pueden adquirir bienes y servicios en el mercado para satisfacer sus necesidades humanas básicas, la dimensión de la pobreza de tiempo nos muestra que aun cuando estos pueden adquirirlos, la carencia de tiempo revela que los hogares requieren realizar diversas actividades y/o establecer relaciones humanas para satisfacerlas”*. Esto ha determinado que las mujeres que ingresan al mercado laboral lo hacen en condiciones diferentes, determinando la desigualdad de resultados —brecha salarial y de ingresos, mayor desempleo, y mayor precariedad y subempleo⁵.

Diversos estudios del Programa de Investigación sobre Integración, Pobreza y Exclusión Social (IPES)⁶ (Filgueira y Alegre, 2006; Filgueira y otros, 2006) han alertado sobre la necesidad imperiosa de atender los desencuentros entre la estructura de riesgos que enfrenta la población y la arquitectura de protección social vigente para revertir los procesos de reproducción de las desigualdades sociales. Tanto en esos trabajos como en los estudios específicos que se han realizado sobre infancia (Kaztman y Filgueira, 2001) y vejez (Rodríguez y Rossel, 2009), se identifican como determinantes de las desigualdades sociales las desigualdades de género⁷. Estas últimas condicionan el portafolio de activos del hogar (recursos materiales, educativos, de trabajo, de redes, protección y apoyos comunitarios y familiares) y su rendimiento, en función de la estructura de oportunidades que brinda el mercado, el Estado y la comunidad. Por lo tanto, en la

⁴ Como señala Picchio (1999), la familia es el núcleo del proceso de reproducción social sobre la cual recae la responsabilidad final de armonizar las demás formas de trabajo (lo que provee el Estado, el mercado y la comunidad) y/o absorber sus insuficiencias.

⁵ Véase el “Mapa de Género: el mercado de trabajo uruguayo”, elaborado por la Ec. Alma Espino para el Departamento de Género y Equidad del PIT-CNT. Disponible en <www.ciedur.org.uy>; y en el Observatorio Social del MIDES, se presenta información sobre estas variables.

⁶ Este Programa pertenece a la Facultad de Ciencias Sociales y Comunicación de la Universidad Católica del Uruguay.

⁷ Estos estudios hacen su análisis sobre la base del enfoque AVEO (Activos, Vulnerabilidad y Estructura de Oportunidades) que “busca estudiar la forma en que las familias generan, transmiten y movilizan su portafolio de activos físicos, humanos y sociales para aprovechar la estructura de oportunidades que ofrece el Estado, el mercado y la comunidad de modo de mantener o mejorar sus condiciones de vida” (Rodríguez y Rossel, 2009, pág. 19-20). La distribución de los recursos materiales (capital físico), educativos y de trabajo (capital humano) y de redes, protección y apoyos comunitarios y familiares (capital social) y la utilidad que deparen, dependen de la forma en que las estructuras de oportunidades del mercado, del Estado y de la comunidad definen las condiciones de acceso y el tipo de retornos que ofrece cada uno de estos órdenes institucionales básicos a distintos portafolios de activos familiares (Kaztman y Filgueira, 2001).

medida que no se actúe sobre las desigualdades de género no se estarán revirtiendo los procesos que reproducen las inequidades sociales así como la pobreza y la vulnerabilidad social.

La publicación del Consejo Nacional de Políticas Sociales (2008), donde se establecen las bases para la implementación de la Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia (ENIA), reconoce que el mercado laboral ha elevado la demanda de calificaciones, lo que se traduce en un proceso de profundización de las desigualdades de remuneración entre los calificados y los no calificados y, por lo tanto, refuerza los círculos de pobreza e inequidad distributiva. Aquí no solo opera el sistema educativo en cuanto a su posibilidad de brindar la formación adecuada y captar y retener a los jóvenes que hoy desertan, sino también el sistema de cuidados, en la medida que abre las oportunidades para que las jóvenes puedan estudiar y trabajar si tienen hijos, y para que las que ya están insertas en el mercado laboral puedan obtener los rendimientos que su calificación les permitiría sin sufrir la discriminación que impone el sistema a quienes detentan responsabilidades familiares.

Además, como plantea el Panorama social de América Latina 2009 de la CEPAL, “el ingreso de las mujeres al mercado de trabajo es crucial para que muchos hogares no caigan en situación de pobreza o salgan de dicha situación. Esta circunstancia es evidente en los hogares con jefatura femenina y claramente identificable en los hogares biparentales” (CEPAL, 2009, pág. 37). Scuro (2009) plantea que en el Uruguay el 50% de los hogares pobres son biparentales y aún en aquellos donde las mujeres reciben ingresos la carga del trabajo no remunerado es tan elevada como la de quienes no tienen ingresos, o sea, tengan o no trabajo remunerado su carga de trabajo no remunerado es similar. Ello, alerta Scuro, debe tenerse en cuenta en el diseño de los programas sociales que deberían considerar no solo la generación de ingresos, sino también la necesidad de transformar la distribución del trabajo no remunerado (TNR).

- Contribuir con la reducción de las brechas existentes de fecundidad. En la investigación sobre la hipótesis de doble insatisfacción, desarrollada por Andrés Peri e Ignacio Pardo (2006), se plantea que en términos generales la población uruguaya tiene una fecundidad menor a la deseada (un hijo menos en promedio)⁸. Al diferenciar esa población por nivel socioeconómico, diferenciando cinco niveles, se encuentra que en ninguno de ellos es predominante la insatisfacción por exceso (tener más hijos de los considerados como número ideal). Los autores señalan que recién para el caso de quienes tienen cuatro hijos y más se verifica la insatisfacción por exceso. En cualquier otro caso, las personas tuvieron tantos hijos como desearon, o menos.

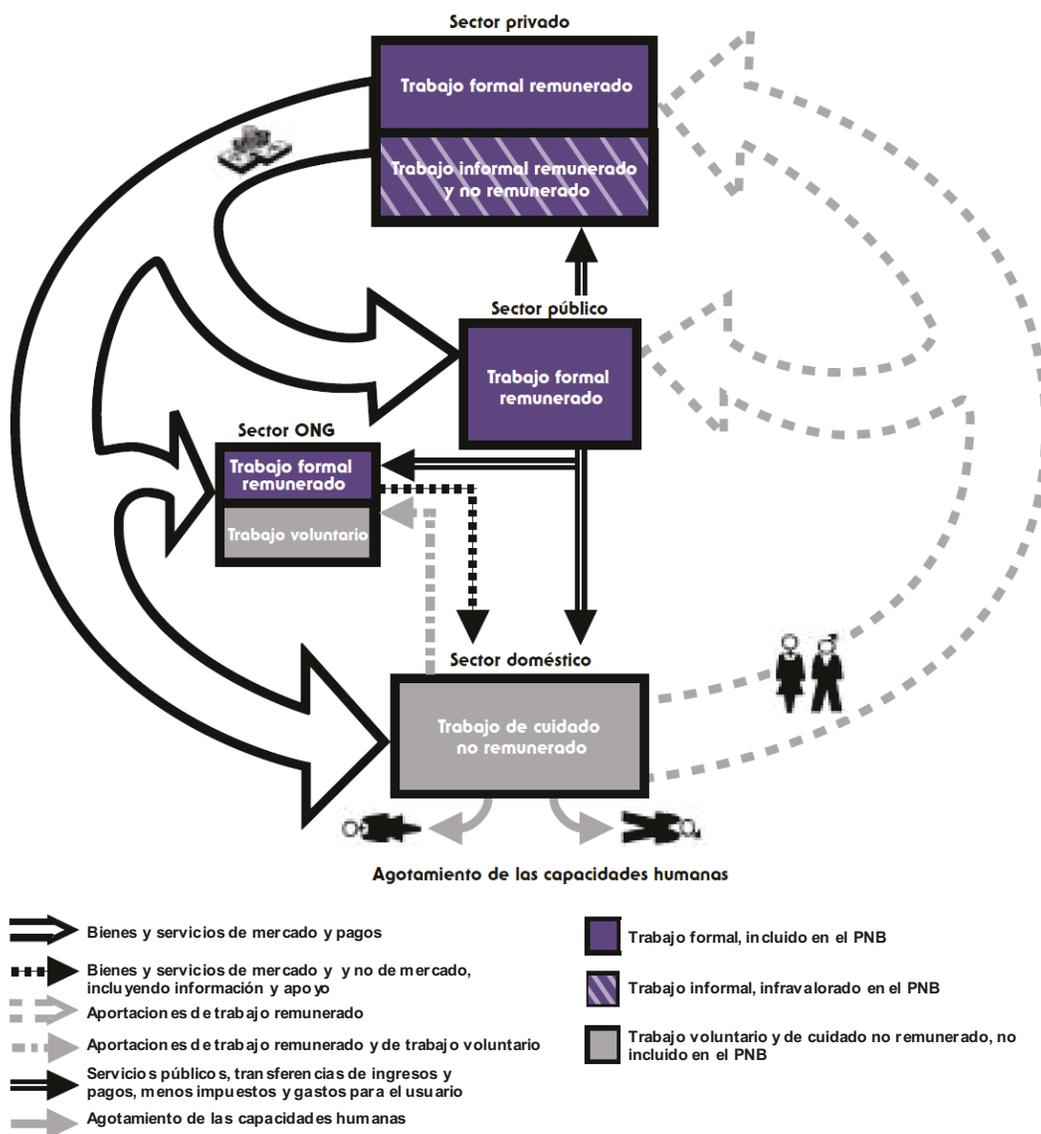
La baja en la tasa de fecundidad ha llegado a niveles por debajo del reemplazo poblacional y, según algunas demógrafas como Carmen Varela (2007a y 2007b) y Wanda Cabella (2006), se vincula directamente con las dificultades de conciliación entre vida familiar y vida laboral que sufren las mujeres en edades reproductivas y a su papel en las tareas de cuidado (infantil y de la población adulta mayor). Cabella (2006) señala que la distinta inserción laboral de las mujeres según estrato socioeconómico y nivel educativo, contribuye a explicar las diferencias en términos de fecundidad. Las mujeres con bajo nivel educativo, las que no trabajan y las más pobres tienen una fecundidad más alta y más temprana que las mujeres que presentan mejores desempeños sociales, quienes retrasan el momento de asumir la maternidad en pos de la adquisición de capital educativo y lograr una inserción más sólida en el mercado laboral. Aguirre (2009), por su parte, plantea que la baja en la tasa de fecundidad unida al aumento de la esperanza de vida —es decir, al envejecimiento de la población—, significa un aumento en la carga de cuidado, ya que hay más

⁸ La verificación de esta hipótesis se hace sobre la base de la población con fecundidad completa: hombres y mujeres de 45 a 59 años. El número promedio de hijos deseados es de 3,4 y el promedio de hijos observado es de 2,54. Por tanto, la insatisfacción de la población general de 45 a 59 años es por defecto. Desagregando dicha población se encuentra que algo más del 40% de las personas de 45 a 59 años ha tenido exactamente la fecundidad deseada, más de un tercio insatisfacción por defecto y menos del 20% insatisfacción por exceso.

adultos mayores que pueden llegar a edades donde su estado de salud no sea el óptimo y tienen menos hijos para contribuir a su cuidado.

- Promover el desarrollo económico y social del país. El desarrollo de un sistema de cuidados implica una inversión en la formación y reproducción de capacidades humanas y en el fortalecimiento del tejido social de un país (Razavi, 2007). El déficit en la provisión de cuidados conlleva problemas de desacumulación de capacidades, valores y afectos, lo que influye en el funcionamiento del sistema económico y tiene consecuencias en el aprovechamiento de las oportunidades de crecimiento y desarrollo. El informe “El progreso de las mujeres en el mundo 2000”, del Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), buscaba evidenciar los vínculos entre el trabajo no remunerado y el sistema económico (véase el diagrama III.1).

DIAGRAMA III.1
EL FUNCIONAMIENTO ECONÓMICO DESDE UNA MIRADA DE GÉNERO



Fuente: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), “El progreso de las mujeres en el mundo 2000”, Capítulo 1, Informe Bienal de UNIFEM, 2000, pág. 27.

A su vez Kabeer (2006) —como otras investigadoras—, habla de la esfera no remunerada de los cuidados como la parte invisible que sostiene “la punta del *iceberg*” que es la esfera visible de la economía formal. Así, busca ilustrar la relevancia del trabajo no remunerado para el sostenimiento de la actividad económica de un país (véase el diagrama III.2).

Un claro ejemplo de las dificultades que produce un mal desarrollo de los recursos humanos existentes, es la situación que vive actualmente el Uruguay, pues mientras su economía se encuentra en un momento de auge, amplios sectores de la población no encuentran empleo o viven en situación de pobreza y marginación. Por su parte, quienes están insertos en el mercado laboral viven la desigualdad de ingresos —que es mayor en el caso de las mujeres con mayores niveles educativos—, precariedad y discriminación laboral.

**DIAGRAMA III.2
EL ICEBERG DE LA ECONOMÍA**



Fuente: Naila Kabeer, Lugar preponderante del género en la erradicación de la pobreza y las metas de desarrollo del milenio, México, The Commonwealth Secretariat y Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC), 2006, pág. 56.

La construcción del sistema de cuidados ha sido una demanda evidenciada en distintas actividades organizadas por el gobierno nacional, a saber:

- en la elaboración del “Primer plan nacional de igualdad de oportunidades y derechos entre varones y mujeres 2007-2010” desarrollado por el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) con amplia participación de la sociedad civil a nivel nacional;
- en los debates desarrollados en el marco del Diálogo Nacional sobre Seguridad Social que organizó el Banco de Previsión Social (BPS) con el apoyo de la Universidad de la República y la participación de actores de gobierno, políticos y de la sociedad civil; y
- en el debate para la elaboración de las bases para implementar la Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia 2010-2030 (ENIA), que se expresa en los documentos que surgieron de este y en el que participaron actores de gobierno, políticos, sectores empresariales, académicos, sociales y sindicales.

Por su parte la sociedad civil organizada ha desarrollado acciones para incidir en la elaboración de este sistema de cuidados:

- la Red Género y Familia ha jugado un papel importante desde 2008 por medio de la organización de diversas mesas de diálogo sobre el tema de los cuidados (cuidado infantil, educación, salud y sistema de cuidados) con actores de gobierno, políticos, académicos y de la sociedad civil. Asimismo, se ha propuesto originar una red de organizaciones de usuarios del sistema para contribuir a la elaboración de propuestas;

- la demanda por un sistema de cuidados se manifestó en la consulta ciudadana “Mujer tu voz tiene voto” que realizó la Bancada Bicameral Femenina del Parlamento a las mujeres uruguayas que quisieran expresar sus inquietudes, propuestas y demandas al sistema político para que los partidos las contemplaran en el marco del ciclo electoral 2009-2010 (Johnson y Pérez, 2009);
- el cuidado fue uno de los temas de la Agenda de las Mujeres que elabora la red de organizaciones de mujeres CNS Mujeres (Mujeres por democracia, equidad y ciudadanía) para presentar a los partidos políticos durante la campaña electoral;
- la Comisión de Género y Equidad de la central única de trabajadores del Uruguay (PIT-CNT)⁹ apoya también esta iniciativa y es una de sus demandas en la Comisión Tripartita para la Igualdad de Oportunidades y Trato en el Empleo que funciona en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social con integración tripartita (gobierno, empresarios y sindicatos). La demanda exige implementar el convenio 156 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ratificado por el Uruguay en 1989 que refiere a los “Derechos de los trabajadores con responsabilidades familiares”;
- además, las organizaciones de jubilados y pensionistas —como la Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas del Uruguay (ONAJPU¹⁰)—, y varias organizaciones de personas con discapacidad y sus familiares, están interesadas en el desarrollo de servicios y prestaciones que atiendan sus demandas de cuidados; y
- la construcción de un sistema de cuidados estuvo planteada en los programas de gobierno de los partidos políticos con mayor representación parlamentaria¹¹. A su vez, para la Bancada Bicameral Femenina es uno de sus propósitos para la presente legislatura, así como para algunos legisladores sensibilizados con el tema.

Por su parte, los organismos de las Naciones Unidas han hecho aportes en este sentido, destacándose tres ejemplos de ello:

- El tema del trabajo no remunerado y el compromiso de los gobiernos por llevar a cabo acciones que redistribuyan esta labor entre sexos y entre instituciones (Estado, mercado y familia), está incluido en el Consenso de Quito que se firmó en agosto de 2007 en la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, que organiza la CEPAL. Esta materia vuelve a ser recogida en la última conferencia realizada en junio de 2010 donde se aprobó el Consenso de Brasilia.
- En junio de 2009 fue uno de los temas centrales de la Conferencia de Trabajo de la OIT para la que se publicó el informe “Trabajo y familia: hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social” (OIT y PNUD, 2009), que hace varios aportes sobre experiencias y recomendaciones acerca de las políticas de conciliación con corresponsabilidad social.
- Los distintos organismos de las Naciones Unidas en el Uruguay, en particular el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), vienen investigando y brindando apoyo al gobierno y a la sociedad civil para desarrollar acciones que contribuyan con la construcción de un sistema de cuidados.

⁹ Surge con esta denominación el 1° de mayo de 1984 expresando la unión simbólica entre el Plenario Intersindical de Trabajadores (PIT) y la Convención Nacional Trabajadores (CNT).

¹⁰ ONAJPU es la organización nacional de jubilados y pensionistas más grande del país.

¹¹ Johnson y Pérez (2010) hacen un análisis de los programas del Frente Amplio y del Partido Nacional donde identifican este tema, aunque con distinta relevancia y diferencias de enfoque.

En el marco de estas últimas iniciativas se conformó el Grupo de Trabajo del Consejo Nacional de Políticas Sociales encargado de coordinar el diseño del sistema de cuidados. Para ello se parte de propuestas relacionadas con la construcción de este sistema como: las incorporadas en el Plan de Equidad, en la Estrategia Nacional para la Infancia (ENIA), en el Instituto Nacional del Adulto Mayor (INAM) y en la ley aprobada recientemente para dar atención a las personas con discapacidad donde se integra la figura del asistente personal.

Para la construcción del sistema se necesita:

- definir los principios básicos del sistema;
- diseñar un marco institucional en el que se desarrolle y evalúe su implementación;
- definir un plan de acción respecto de las alternativas que son convenientes y aquellas que deban articularse mejor para tener un resultado más eficaz;
- identificar, a nivel nacional y territorial, con mayor precisión, las demandas y necesidades de distintos grupos de la población como, por ejemplo, las personas con discapacidad o adultos mayores con algún nivel de dependencia;
- relevar las preferencias y necesidades de quienes hoy toman decisiones sobre las personas a cuidar. Batthyány (2004) y Courtoisie, de León y Dodel (2010) plantean que en el caso del cuidado infantil se identifican estrategias diferenciadas que pueden involucrar la institucionalización a tiempo completo, a tiempo parcial combinada con el cuidado en el hogar (mediante una cuidadora remunerada o no), o el cuidado a tiempo completo de las abuelas. Esto, a su vez, confirma que para que la estrategia sea óptima no debería ser única, sino que, en la medida de lo posible, debería ofrecerse un listado de opciones.
- hacer capacitación a los cuidadores y las cuidadoras (actuales y futuros);
- crear protocolos de cuidado para exigírselos a las instituciones o personas que los brinden; e
- identificar recursos genuinos para el financiamiento de las prestaciones y servicios para que no dependan de los vaivenes de la economía.

En este estudio se propone para la implementación del sistema de cuidados, así como para el relevamiento de las necesidades y preferencias de sus potenciales usuarios, trabajar a nivel territorial considerando el proceso de descentralización en el que está el país, e incluir las acciones a desarrollar por medio de las alcaldías.

A. Aspectos conceptuales y metodológicos

En este estudio se considera dentro de los cuidados a los quehaceres domésticos y la atención que se brinda a personas dependientes (niños, personas con discapacidad, ancianos y enfermos), para lo que se definieron tres grupos de población: niños de 0 a 12 años (en tramos 0 a 3 años y de 4 a 12), adultos mayores de 65 años (en tramos de 65 a 79 años y de 80 años y más) y las personas con discapacidad que necesitan ayuda para sus tareas cotidianas.

Las personas con alguna discapacidad que requieren de ayuda, solo se pueden identificar con la información de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, realizada como un módulo de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del INE en el período septiembre de 2003 a agosto de 2004 y que es representativa de las localidades con más de 5.000 habitantes de todo el país. En el módulo sobre situación de salud y morbilidad de la Encuesta Nacional de Hogares

Ampliada de 2006 (ENHA-2006) se consulta solo por la presencia o no de alguna discapacidad. Por lo tanto, se utiliza la encuesta de 2004 para identificar a las personas con discapacidad que necesitan de ayuda. Además se tuvo en cuenta la información de la ENHA-2006 para conocer las variaciones que se pueden haber verificado en el número de personas con alguna discapacidad¹².

Sobre la base de los tres grupos de población considerados, se hace el análisis de los componentes del sistema de cuidados que están incluidos en la matriz estatal de protección social. Estos componentes se clasifican según prestaciones monetarias, servicios o licencias, y se examina su nivel de cobertura en función de una desagregación territorial y socioeconómica. Según esta desagregación se analizan los aportes del sector privado y de las familias. Luego se estudia la cobertura total buscando identificar sus déficits, caracterizar la cobertura actual según el grado de mercantilización o desmercantilización y familiarización o desfamiliarización de los servicios existentes. A partir de ese análisis se presentan las alternativas para mejorar la cobertura actual y se plantea un esquema de las opciones de política y sus posibles impactos.

Las fuentes de información estadística, elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística (INE), son: la Encuesta Continua de Hogares 2009, la Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares (ENGIH) 2005-2006, la Encuesta de Discapacidad 2004, el módulo situación de salud y morbilidad de la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006, el módulo sobre uso del tiempo y trabajo no remunerado de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) de septiembre de 2007.

Para identificar los servicios o prestaciones económicas se tomó como referencia el Repertorio de Políticas Sociales del MIDES. Como este tiene información al año 2008 algunos datos se corroboraron con las propias instituciones, sus sitios web y la Guía Nacional de Recursos Sociales del MIDES.

Para la desagregación territorial se consideraron los estratos que elabora el INE¹³ y, que, en Montevideo, clasifican a la población en: bajo, medio-bajo, medio-alto y alto. En el interior del país se definen cinco estratos que son: la Periferia¹⁴, el Interior Norte (Artigas, Salto, Rivera), Interior Centro Norte (Paysandú, Río Negro, Tacuarembó, Durazno, Treinta y Tres, Cerro Largo), Interior Centro Sur (Soriano, Florida, Flores, Lavalleja, Rocha) y el Interior Sur (Colonia, San José, Canelones, Maldonado).

A su vez, en Montevideo se distinguieron las alcaldías para disponer también de una desagregación geográfica que es relevante en la implementación de las próximas políticas municipales. Como la información del INE no está agrupada por alcaldías, estas se construyeron sobre la base de la información disponible por barrios. Dado que los límites no son precisos y que hay casos en que el barrio no está incluido en una alcaldía, se empleó el criterio de asignarlo a la que fuera más representativa geográficamente (véase el plano de Montevideo en el anexo 1).

Para la desagregación socioeconómica se consideraron dos posibles clasificaciones vinculadas a los niveles de ingreso, pobreza y vulnerabilidad social. Por una parte, la clasificación que utiliza la CEPAL en su informe *Panorama Social 2009* que distingue entre población no vulnerable (más de 1,8 líneas de pobreza), vulnerable (entre 1,2 a 1,8 líneas de pobreza), pobre y altamente vulnerable (entre 0,61 a 1,2 líneas de pobreza) e indigente y altamente vulnerable a la

¹² El documento de Pérez Morgan (2009), realizado para el Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS) del MIDES y el Programa Uruguay Integra de OPP, también se basa en la información de la Encuesta de 2004 para extraer las características de las personas con discapacidad y la ENHA-2006 para obtener el número de personas con alguna discapacidad al año 2006.

¹³ Según la metodología de la ENHA 2006, “los estratos son una partición más fina de los dominios, definidos para lograr mayor homogeneidad entre unidades y así hacer más eficiente el diseño. En Montevideo la estratificación es por nivel socioeconómico”.

¹⁴ La Periferia es el anillo perteneciente a Canelones y San José desde el límite con Montevideo hasta aproximadamente el kilómetro 30.

indigencia (hasta 0,6 línea de pobreza) (CEPAL, 2009). Por otra parte, la estratificación social que hace el informe “Demografía de una sociedad en transición: la población uruguaya a inicios del siglo XXI” de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República (Varela, 2008), distingue entre la pobreza estructural, reciente e inercial y construye distintos tramos para la población no pobre según su ubicación respecto de la línea de pobreza. Se denomina pobreza estructural a aquella que es pobre según ingresos y Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), pobreza reciente aquella que es pobre solo por ingresos y pobreza inercial a quienes presentan NBI pero no insuficiencia de ingresos. Luego se diferencian cuatro tramos según si se encuentra a menos de una línea de pobreza, entre 1 y 2 líneas de pobreza, entre 2 y 3 líneas de pobreza y a más de 4 líneas de pobreza. Se siguió, además, la propuesta que presenta el propio informe respecto de la conveniencia de unir las categorías de pobreza inercial y pobreza reciente para obtener una categorización ordinal. Por lo tanto, la medida resultante tiene seis categorías ordenadas.

Por último, una aclaración pertinente es que en este trabajo no se hace un análisis de las características y las condiciones de trabajo de quienes hoy brindan cuidados en forma remunerada, porque no era uno de sus propósitos. Sin embargo, sería una tarea pendiente en la medida que con la construcción de un sistema de cuidados se quiere garantizar la calidad del trabajo de quienes lo realizan. Ello es un requisito indispensable para proteger el ejercicio de los derechos de quienes dan y reciben cuidado. Estudios a nivel nacional e internacional muestran que estos trabajos han sido históricamente desvalorizados por considerarse una tarea que las mujeres hacen de manera “natural” y para la que no necesitan calificación. Con el avance de las investigaciones, que demuestran la importancia de los estímulos, tanto para el desarrollo intelectual del niño como para la superación o prevención de la discapacidad, se da más relevancia a la calificación de los cuidadores y cuidadoras y a las condiciones laborales que permitan garantizar la calidad del cuidado. De todas formas, estas tareas se encuentran entre las que tienen peores remuneraciones y peores condiciones laborales.

B. Áreas geográficas del Uruguay en función de características socioeconómicas y tipos de dependencia

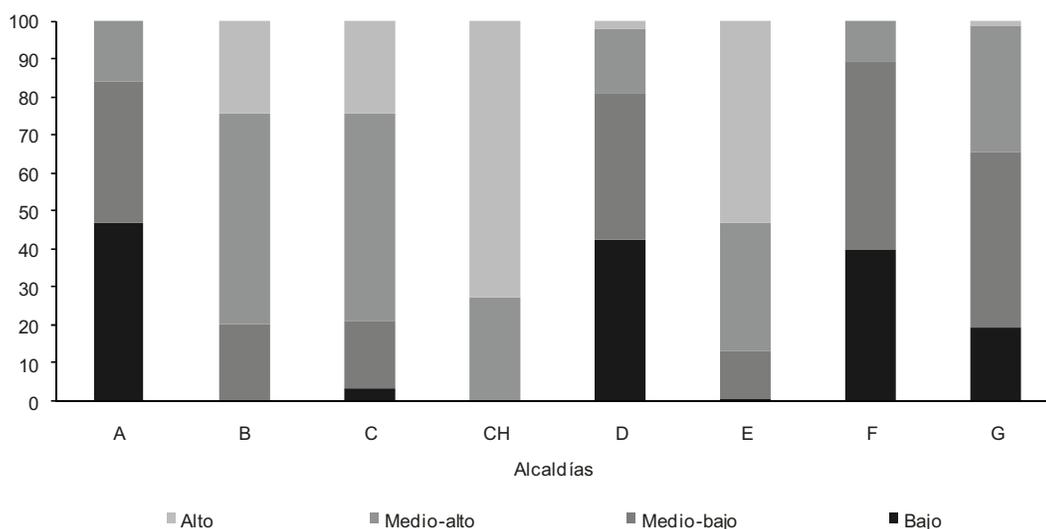
En esta sección interesa caracterizar las áreas geográficas del Uruguay (véase el anexo 1) según variables socioeconómicas (niveles de ingreso, pobreza, actividad y desempleo) y los tipos de población dependiente, con el fin de disponer material útil al momento de analizar las coberturas de servicios y prestaciones económicas. La desagregación geográfica se adoptó porque es un aporte para el debate que se está dando sobre los déficits de cuidados y su ubicación territorial, así como para comprender las dificultades de acceso a servicios que pueden existir cuando se habita en contextos más empobrecidos.

1. Niveles de ingreso y pobreza

a. Montevideo

En Montevideo, capital del Uruguay, la desagregación territorial de que disponen las alcaldías permite distinguir, de acuerdo a los cuatro estratos socioeconómicos definidos por el INE, que: i) las alcaldías A y D tienen más concentración del estrato bajo y le sigue el medio-bajo; ii) la alcaldía F tiene más concentración del medio-bajo y le sigue el estrato bajo; iii) la alcaldía G está más concentrada en los estratos medio-bajo y medio-alto; iv) tanto las alcaldías B y C están más concentradas, en el estrato medio-alto y le sigue el alto; y v) las alcaldías CH y E están más concentradas en el estrato alto y le sigue el medio-alto (véase el gráfico III.1).

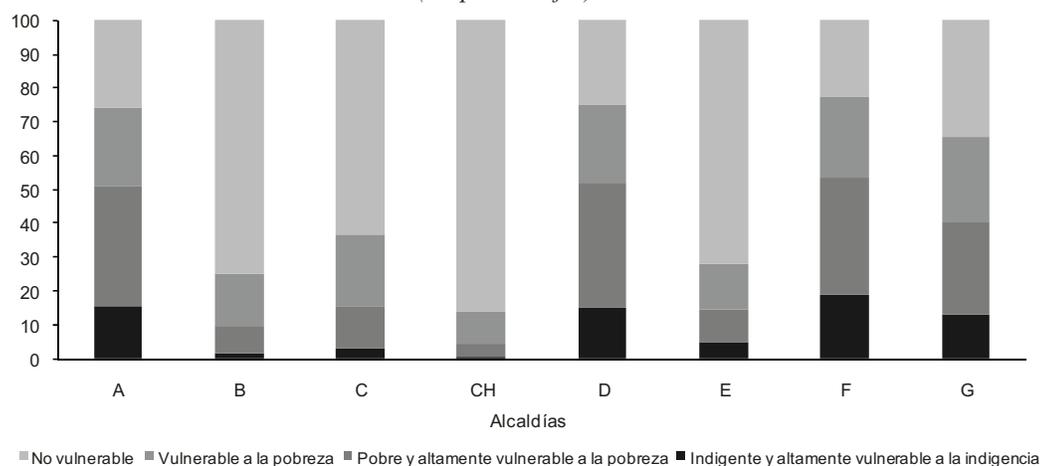
GRÁFICO III.1
MONTEVIDEO: ALCALDÍAS SEGÚN ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS DEL INE, 2009
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

Según la clasificación de la CEPAL se incluye en los estratos bajo y medio-bajo la población que está en situación de indigencia, pobreza o que es vulnerable a la pobreza. Las alcaldías A, D y F tienen características similares y son las regiones con mayores niveles de indigencia y pobreza. Les sigue en términos de niveles de indigencia, pobreza y vulnerabilidad a la pobreza la alcaldía G. Las alcaldías B, C y E, a pesar de ubicarse en una mejor situación económica, no escapan a los problemas de pobreza y vulnerabilidad a la pobreza —con niveles del 25%, el 36% y el 28% respectivamente— (véase el gráfico III.2).

GRÁFICO III.2
MONTEVIDEO: ALCALDÍAS SEGÚN NIVELES DE INDIGENCIA, POBREZA Y VULNERABILIDAD A LA POBREZA, 2009
(En porcentajes)

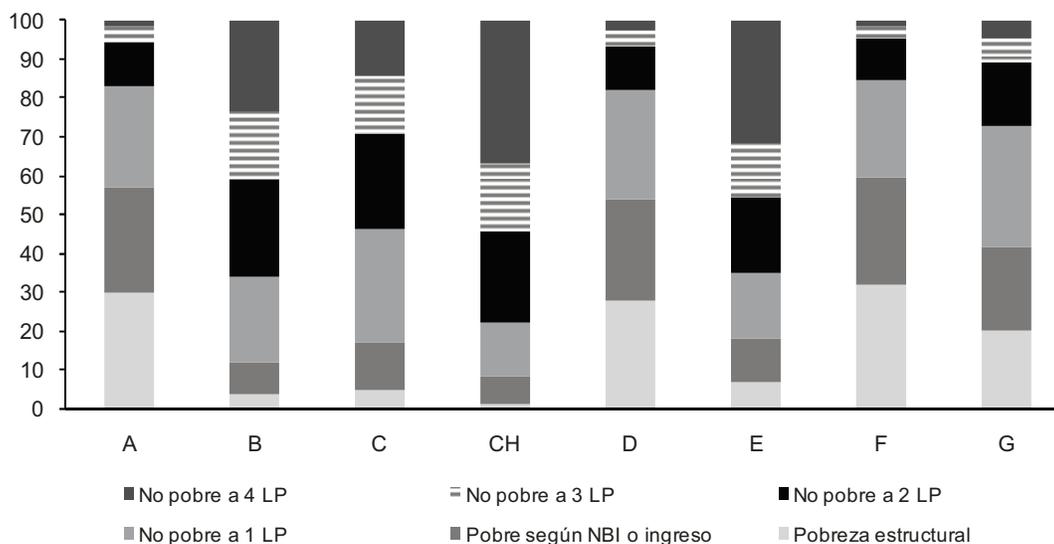


Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

En función de la estratificación que propone el informe de demografía de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República (Varela, 2008), se obtiene una desagregación mayor de los estratos medios y altos (según el INE) o no vulnerables (según la CEPAL). De este

modo, los ingresos de la población no vulnerable de las alcaldías A, D, F y G oscilan entre 2 y 3 líneas de pobreza. En las alcaldías B y C los ingresos de la población no vulnerable se centran en una gran proporción entre 2 y 3 LP (en un 25% para ambas alcaldías). Las poblaciones con mayores ingresos habitan en las alcaldías CH y E (véase el gráfico III.3).

GRÁFICO III.3
MONTEVIDEO: ALCALDÍAS SEGÚN LA ESTRATIFICACIÓN SOCIAL
PROPUESTA POR LA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA, 2009
(En porcentajes)

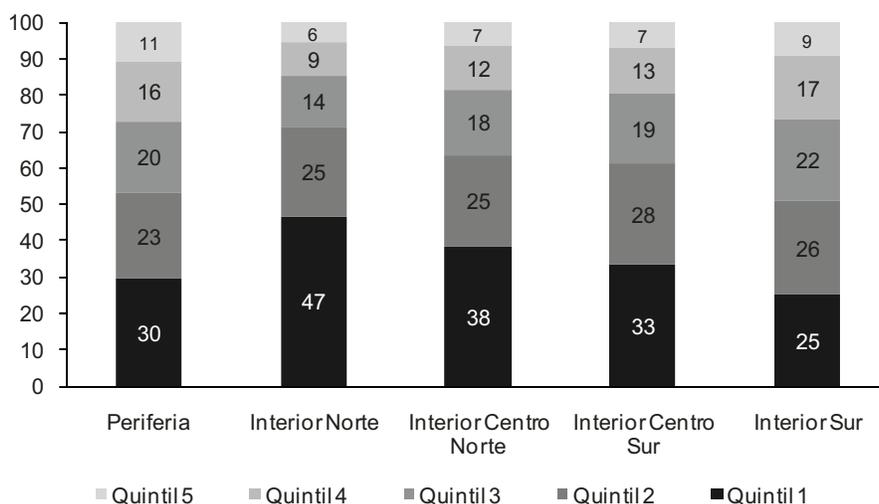


Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

b. Interior

Para caracterizar el interior del país según estratos de ingreso se recurrió en una primera instancia a la clasificación tradicional en quintiles de ingresos per cápita del hogar, lo que muestra que cerca del 50% de la población de los departamentos del Interior Norte (Artigas, Salto y Rivera) se ubica en el primer quintil de ingresos. En el Interior Centro Norte (Paysandú, Río Negro, Tacuarembó, Durazno, Treinta y Tres y Cerro Largo) el porcentaje que pertenece al primer quintil también es elevado (cerca del 40%). La mejor situación económica se registraría en el Interior Sur (Colonia, San José, Canelones y Maldonado). De todas formas, los porcentajes de la población que se ubica entre el primer y tercer quintil de ingresos es siempre elevada: entre un 80% y un 85% en el Interior Norte y en el Centro; y el 73% en la Periferia y en el Interior Sur (véase el gráfico III.4).

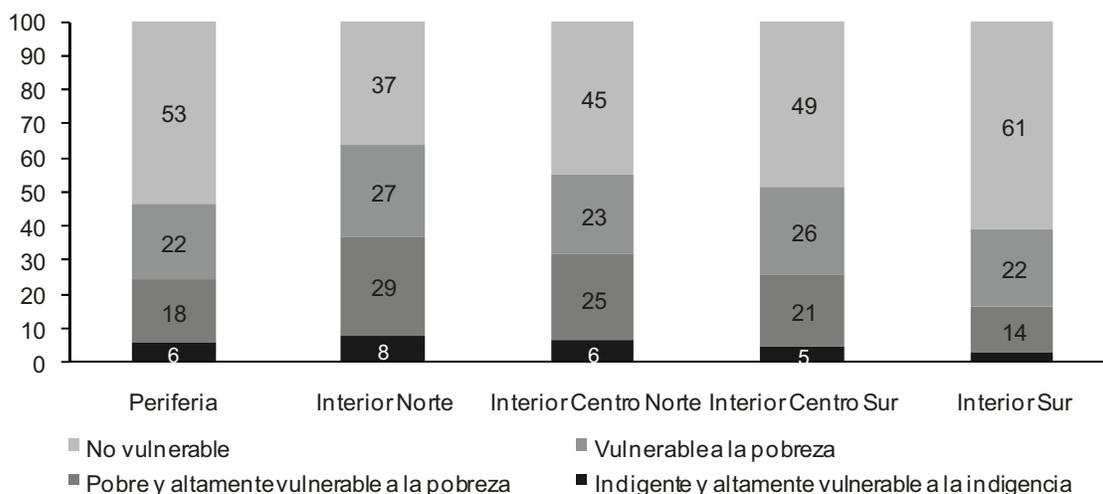
GRÁFICO III.4
ESTRATOS DEL INE PARA EL INTERIOR DEL PAÍS
SEGÚN QUINTILES DE INGRESOS PER CÁPITA DEL HOGAR, 2009
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

La indigencia y la pobreza son más elevadas en el Interior Norte y en el Centro Norte. La indigencia es también relevante en la Periferia. La vulnerabilidad a la pobreza es alta en el Interior Norte y en el Centro Sur. El Interior Sur y la Periferia registran los niveles más elevados de no vulnerabilidad (véase el gráfico III.5)¹⁵.

GRÁFICO III.5
ESTRATOS DEL INE PARA EL INTERIOR DEL PAÍS SEGÚN NIVELES DE INDIGENCIA,
POBREZA Y VULNERABILIDAD A LA POBREZA, 2009
(En porcentajes)

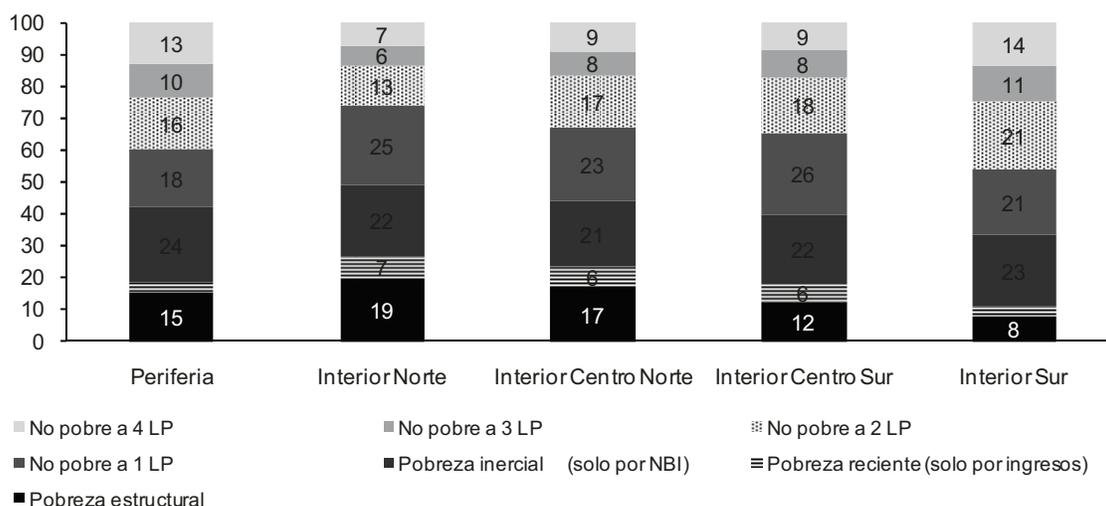


Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

¹⁵ En el anexo 2 se presentan los datos para todos los departamentos (véase el cuadro A.2.1).

Asimismo, según la estratificación social propuesta por este mismo informe (Varela, 2008), se confirma que en el Interior Norte y en el Centro Norte se registran los niveles más elevados de pobreza estructural y reciente. En contraposición, en la Periferia y el Interior Sur es donde se ubican los niveles más altos de pobreza inercial (solo por NBI), siendo las regiones con menores niveles de pobreza en su conjunto y con mayores porcentajes de población con altos ingresos —por sobre 4 LP— (véase el gráfico III.6)¹⁶.

GRÁFICO III.6
ESTRATOS DEL INE PARA EL INTERIOR DEL PAÍS
SEGÚN ESTRATIFICACIÓN SOCIAL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA, 2009
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

2. Relación y tipo de dependencia

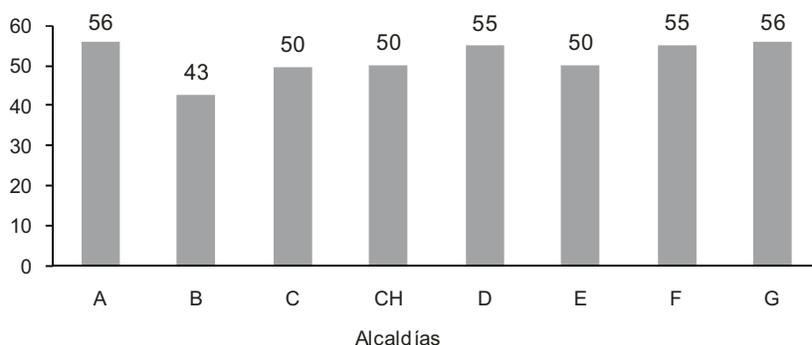
a. Montevideo

Además, según área geográfica, se presenta la relación de dependencia demográfica, que es aquella entre la población potencialmente pasiva y la población potencialmente activa. Esta se calcula como el cociente entre la suma de las poblaciones menores de 14 años y mayores de 65 años y la población de 14 a 64 años. También interesa presentar para cada región el tipo de población dependiente desagregando la población infantil en tramos de 0 a 5 años y de 6 a 12 y los adultos mayores de 65 a 79 años y de 80 años y más.

Para las alcaldías de Montevideo se verifica que la relación de dependencia es más elevada en aquellas con nivel socioeconómico bajo o medio-bajo (según el INE) que son las A, D, F y G. En estas, a su vez, el tipo de dependencia es principalmente de población infantil y en las alcaldías con nivel socioeconómico medio-alto y alto es más relevante la población de la tercera edad (véanse los gráficos III.7 y III.8).

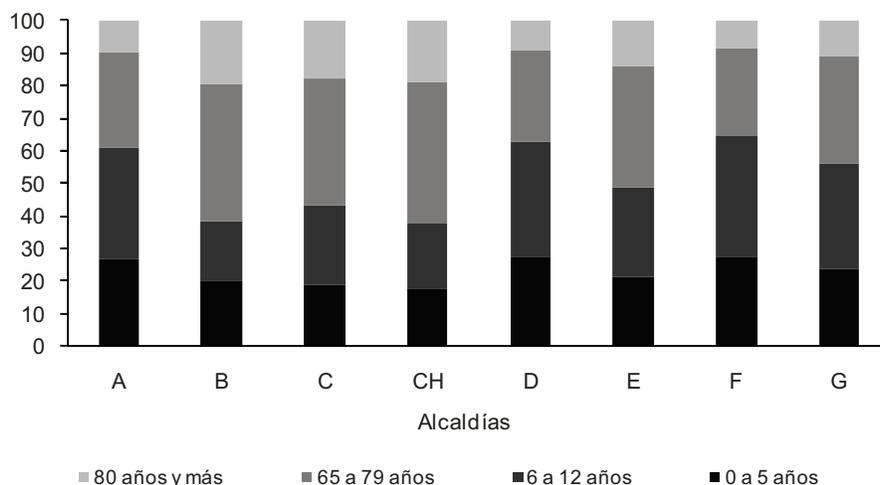
¹⁶ En el anexo se presentan los datos para todos los departamentos (véase el cuadro A.2).

GRÁFICO III.7
ALCALDÍAS SEGÚN RELACIÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA, 2009
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

GRÁFICO III.8
ALCALDÍAS SEGÚN TIPO DE POBLACIÓN DEPENDIENTE, 2009
(En porcentajes)



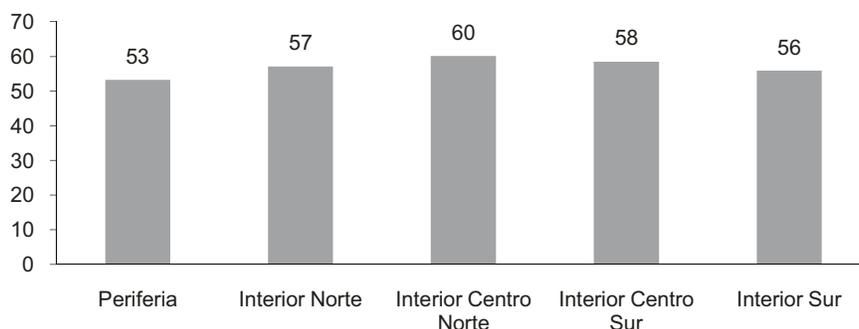
Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

b. Interior

La relación de dependencia demográfica es más alta para el interior del país que para Montevideo (un 57% y un 52% respectivamente). De la misma forma, en el interior es más elevada en las zonas de menores ingresos (Interior Norte, Centro Norte y Centro Sur), pero, a diferencia de lo que sucede en Montevideo donde mayores tasas de dependencia se relacionan con cuidado infantil, en el interior dicha relación no es tan clara. Se verifica un mayor porcentaje de población infantil en la Periferia, en el Interior Norte y en el Centro Norte y una proporción más elevada de población adulta mayor en el Interior Centro Sur y en el Interior Sur (véanse los gráficos III.9 y III.10)¹⁷.

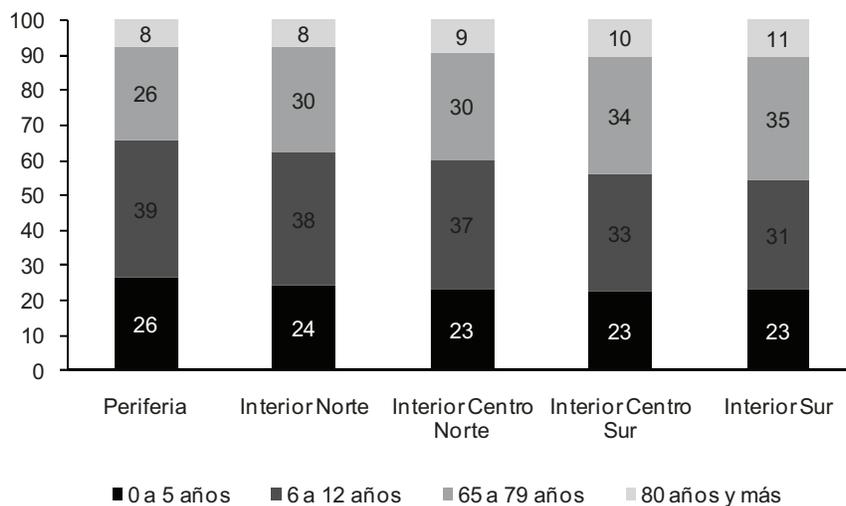
¹⁷ En el anexo 2 se presentan los datos de relación de dependencia y tipo de dependencia para todos los departamentos (véase el cuadro A.2.3).

GRÁFICO III.9
ESTRATOS DEL INTERIOR DEL PAÍS SEGÚN RELACIÓN
DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA, 2009
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

GRÁFICO III.10
ESTRATOS DEL INTERIOR DEL PAÍS
SEGÚN RELACIÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA, 2009
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

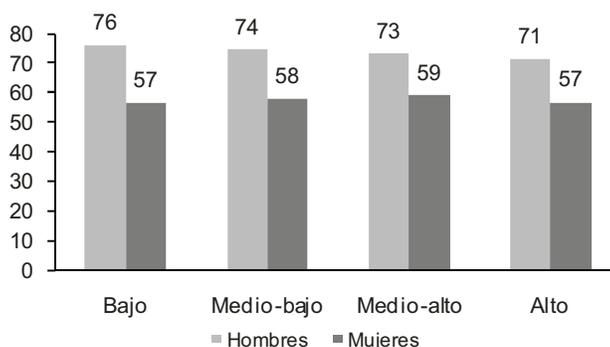
3. Tasas de actividad y desempleo

a. Montevideo

En Montevideo, la tasa de actividad femenina es más elevada (un 57,7% comparado con el 51% en el interior del país) y algo más baja la tasa de desempleo (un 9,5% comparado con el 10% en el interior). Por su parte, la tasa de actividad masculina es algo más elevada en el interior que en la capital (un 74% comparado con el 73,6%) y la tasa de desempleo es más alta en Montevideo (un 5,8% comparado con el 4,8%).

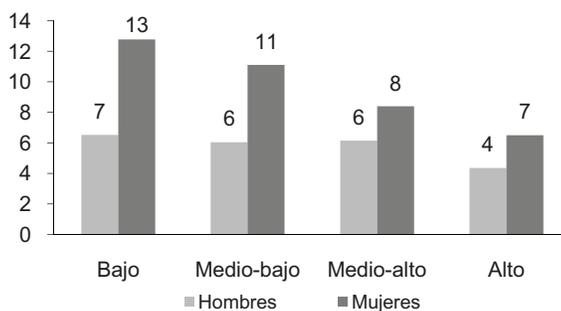
Según los estratos socioeconómicos del INE para Montevideo, la tasa de actividad masculina es superior en los estratos bajo y medio-bajo, mientras la tasa de actividad femenina es más elevada en los estratos medio-alto y medio-bajo. En cambio, la tasa de desempleo femenino es sustancialmente más elevada en los estratos bajo y medio-bajo, mientras la tasa de desempleo masculino también es más elevada en el estrato bajo, pero la diferencia con el resto es menor (véanse los gráficos III.11 y III.12).

GRÁFICO III.11
MONTEVIDEO: TASAS DE ACTIVIDAD POR SEXO
SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

GRÁFICO III.12
MONTEVIDEO: TASAS DE DESEMPLEO POR SEXO
SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009
(En porcentajes)

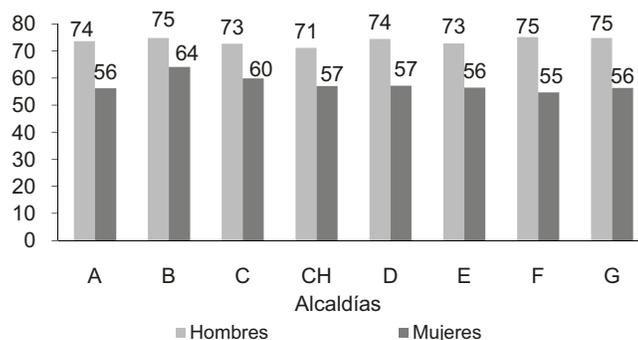


Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

En función de las alcaldías, la tasa de actividad masculina es más alta en las F y G que, en términos relativos, tienen un porcentaje mayor de población en el estrato medio-bajo y la tasa de actividad femenina es sustancialmente más alta en las alcaldías B y C que pertenecen sobre todo al estrato medio-alto. Esto evidencia con claridad la influencia de los estratos socioeconómicos en la inserción laboral de hombres y mujeres (véase el gráfico III.13).

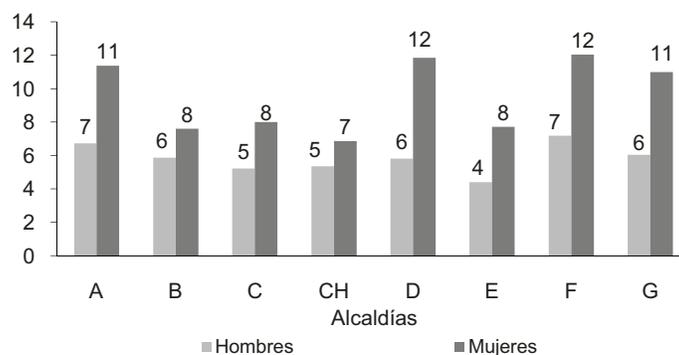
Por su parte, la tasa de desempleo femenino es sustancialmente más elevada en las alcaldías D, F, G y A que pertenecen a los estratos medio-bajo y bajo, y la tasa de desempleo masculino es más alta en las alcaldías A, F, D y G también de los estratos medio-bajo y bajo y en la alcaldía B que pertenece al estrato medio-alto. De todas formas, la tasa de desempleo masculino es muy inferior a la femenina.

GRÁFICO III.13
MONTEVIDEO: TASAS DE ACTIVIDAD POR SEXO SEGÚN ALCALDÍAS, 2009
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

GRÁFICO III.14
MONTEVIDEO: TASAS DE DESEMPLEO POR SEXO SEGÚN ALCALDÍAS, 2009
(En porcentajes)



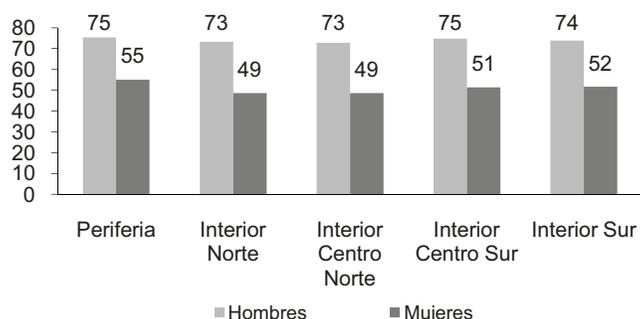
Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

b. Interior

En el interior del país, las tasas de actividad más elevadas se encuentran en la Periferia tanto para hombres como para mujeres, le siguen el Interior Sur y el Centro Sur. Ambas tasas son más bajas para ambos sexos en el Interior Norte y en el Centro Norte donde los niveles de pobreza son más elevados (véase el gráfico III.15).

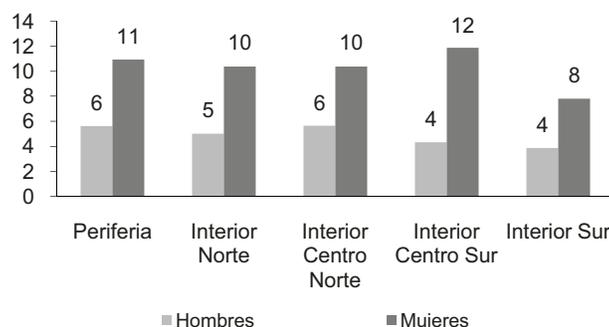
Por su parte, la tasa de desempleo femenino también es más elevada en la Periferia y en el Interior Centro Sur (alrededor del 11% y el 12%) y le siguen el Interior Norte y el Centro Norte (con un 10%). La tasa de desempleo masculina, sustancialmente inferior a la de las mujeres, es más elevada en la Periferia y en el Interior Centro Norte y en el Norte (véase el gráfico III.16).

GRÁFICO III.15
INTERIOR: TASAS DE ACTIVIDAD POR SEXO
SEGÚN ESTRATOS, 2009
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

GRÁFICO III.16
INTERIOR: TASAS DE DESEMPLEO POR SEXO
SEGÚN ESTRATOS, 2009
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

4. Síntesis

En Montevideo, se evidencia una relación más clara entre el estrato socioeconómico, tipo de dependencia y tasa de actividad y desempleo femenino. Las zonas de menores ingresos (estratos bajo y medio-bajo) tienen una mayor tasa de dependencia vinculada al cuidado infantil (de 0 a 12 años). En estas zonas las mujeres presentan una menor tasa de actividad, pero una alta tasa de desempleo.

En el interior, la relación no es tan clara entre nivel de ingresos y tipo de dependencia, sobre todo en la Periferia que registra mejores niveles de ingreso que otras regiones (a excepción del Interior Sur), mayor dependencia vinculada al cuidado infantil y elevadas tasas de actividad y desempleo para las mujeres. En el interior más empobrecido (Interior Norte y Centro Norte), las tasas de actividad de las mujeres son inferiores y el desempleo es elevado y tiene características similares a las zonas de bajos ingresos de la capital.

Por su parte, el Interior Centro Sur que presenta niveles de ingresos intermedios entre los del Interior Norte y del Centro Norte y los del Interior Sur y la Periferia, tiene una dependencia más dividida en los niños y los adultos mayores, siendo las tasas de desempleo de las mujeres muy elevadas (12%).

C. La matriz estatal de protección social en el Uruguay

En términos generales, la matriz estatal de protección social se compone de las prestaciones que otorgan el sistema educativo y de cuidado infantil, el sistema de salud, el sistema de seguridad social y las políticas asistenciales. El sistema de cuidados recoge varias de las prestaciones que se brindan en esos subsistemas y debería incluir otros —como los servicios sociales— que aún no se han desarrollado en el país.

El análisis de la cobertura de esas prestaciones se hará en función de los tres grupos de destinatarios definidos en la metodología: niños y niñas (desagregados en el tramo de la primera infancia que va de 0 a 3 años y de 4 a 12), adultos mayores (en dos grupos: 65 a 79 años y 80 años y más) y personas con discapacidad. En este último caso, se considera al conjunto de personas con alguna discapacidad que son aquellas que declaran presentar alguna limitación permanente y el subgrupo que, a su vez, declara necesitar asistencia o ayuda de otra persona para cuidarse a sí mismo, relacionarse con los demás, desplazarse dentro o fuera del hogar o integrarse al aprendizaje. Se realizó esta desagregación pensando que estos últimos son la población objetivo dentro de las personas con discapacidad ya que presentan algún nivel de dependencia.

La información sobre los servicios y prestaciones monetarias o en especie proviene del Repertorio de Políticas Sociales, que se complementó con información de los sitios web y consultas a las instituciones y de la Guía de Recursos del MIDES.

La información detallada de los servicios se presenta en el anexo 3. La información sobre cobertura para los niños y adultos mayores se obtiene de la Encuesta Continua de Hogares 2009 y la de discapacidad de la Encuesta de Discapacidad 2004.

1. Servicios y prestaciones para la población infantil

a. Servicios de cuidado infantil (de 0 a 3 años)

Para los niños de 0 a 3 años la mayor cobertura pública de servicios de cuidado infantil la constituyen los Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF), que focalizan su oferta a los sectores de menores recursos. Además están los centros infantiles (o centros de primera infancia) del Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU) que atienden a niños y niñas de 0 a 4 años, el programa Nuestros Niños de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) y los jardines públicos de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP).

Como se ilustra en el cuadro III.1, la cobertura es muy limitada para las edades de 0 a 2 años, ya que no alcanza al 30%, y se concentra en los CAIF. Para los niños de 3 años es relevante también la cobertura de los jardines de la ANEP.

En Montevideo es relevante la presencia del Programa Nuestros Niños de la IMM que brinda cobertura al 8,6% de los niños y niñas de 0 a 3 años, que es más significativa en el tramo de 2 a 3 años. Los CAIF son los que tienen mayor presencia entre los niños y niñas de 0 a 1 año. Para la edad de 0 años la modalidad más difundida es la semanal, es decir, la concurrencia una vez a la semana para iniciar al niño y a la madre en procesos de estimulación oportuna. Para la edad de 1 año la atención está repartida entre la modalidad diaria y semanal y para la edad de 2 a 3 años es diaria con jornadas de 4 horas, aunque también hay servicios de 8 horas.

CUADRO III.1
URUGUAY: COBERTURA DE LOS CENTROS PÚBLICOS DE CUIDADO INFANTIL, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Centros de cuidado infantil	0 año	1 año	2 años	3 años	Total	Participación total
CAIF	6 024	12 139	13 129	14 527	45 819	83,0
Centros infantiles del INAU	92	309	425	553	1 379	2,5
Programa Nuestros Niños	31	143	529	603	1 306	2,4
Jardines de la ANEP	---	---	---	6 691	6 691	12,1
TOTAL	6 147	12 591	14 083	22 374	55 195	100,0
Número de niños	47 959	47 955	48 009	48 100	192 023	
Cobertura	12,8	26,3	29,3	46,5	28,7	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Marcelo Perera y Cecilia Llambí, "Dimensionamiento económico de la extensión de la cobertura de los servicios de atención y educación a la primera infancia", ENIA 2010-2030, 2010; y Estimaciones y Proyecciones de la Población de Uruguay (Revisión 2005)¹⁸, Instituto Nacional de Estadística INE.

Nota: La información sobre los CAIF corresponde a mayo de 2009, la de los centros infantiles del INAU a octubre de 2007, la del Programa Nuestros Niños a 2009 y la de los Jardines de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) a 2008.

El propósito de los CAIF y los jardines de la ANEP es aumentar la cobertura de niños que hoy no van a ningún centro educativo y, en el caso de los CAIF, extender la jornada de atención para compatibilizar el cuidado del niño con la jornada laboral de sus progenitores o responsables de su cuidado (véase el cuadro III.2).

CUADRO III.2
MONTEVIDEO: COBERTURA DE LOS CENTROS PÚBLICOS DE CUIDADO INFANTIL, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Centros de cuidado infantil	0 año	1 año	2 años	3 años	Total	Participación total
CAIF	1 395	2 922	3 270	3 488	11 075	73,3
Centros infantiles del INAU	35	101	132	245	513	3,4
Programa Nuestros Niños	31	143	529	603	1 306	8,6
Jardines de la ANEP	---	---	---	2 213	2 213	14,7
TOTAL	1 461	3 166	3 931	6 549	15 107	100,0
Número de niños	17 444	17 447	17 460	17 475	69 826	
Cobertura	8,4	18,1	22,5	37,5	21,6	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Marcelo Perera y Cecilia Llambí, "Dimensionamiento económico de la extensión de la cobertura de los servicios de atención y educación a la primera infancia", ENIA 2010-2030, 2010; y Estimaciones y Proyecciones de la Población de Uruguay (Revisión 2005)¹⁹, Instituto Nacional de Estadística INE.

Nota: La información sobre los CAIF corresponde a mayo de 2009, la de los centros infantiles del INAU a octubre de 2007, la del Programa Nuestros Niños a 2009 y la de los Jardines de la ANEP a 2008.

La desagregación de la información según estrato socioeconómico del INE permite evidenciar que efectivamente la cobertura de estos centros de cuidado infantil es mayor para los estratos bajos y medio-bajo, aunque es bastante reducida (véase el cuadro III.3)²⁰.

¹⁸ Cuadro "Uruguay: Población total de ambos sexos proyectada según edades simples" (al 30 de junio de cada año), disponible en: < www.ine.gub.uy/banco%20de%20datos/soc_proyecciones/totpais_edad%20simple_ambos.xls>.

¹⁹ Cuadro "Montevideo: Población total de ambos sexos proyectada según edades simples" (al 30 de junio de cada año), disponible en: www.ine.gub.uy/banco%20de%20datos/soc_proyecciones/Montevideo/Mon_tot_edad%20simple_ambos.xls.

CUADRO III.3
MONTEVIDEO: COBERTURA DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS
DE CUIDADO INFANTIL POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Estratos	Número de personas	Porcentajes
Bajo	4 000	19,6
Medio-bajo	2 600	13,2
Medio-alto	1 500	8,5
Alto	500	4,9
Total	8 600	12,6

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

En el interior del país, la cobertura por edades es superior a la de Montevideo. Cerca del 87% de la cobertura total corresponde a los CAIF y el 11,2% a los Jardines de la ANEP (véase el cuadro III.4).

CUADRO III.4
INTERIOR: COBERTURA DE LOS CENTROS PÚBLICOS DE CUIDADO INFANTIL, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Centros de cuidado infantil	0 año	1 año	2 años	3 años	Total	Participación en el total
CAIF	4 629	9 217	9 859	11 039	34 744	86,7
Centros infantiles del INAU	57	208	293	308	866	2,1
Jardines de la ANEP	---	---	---	4 478	4 478	11,2
TOTAL	4 686	9 425	10 152	15 825	40 088	100,0
Número de niños	30 515	30 508	30 549	30 625	122 197	
Cobertura	15,4	30,9	33,2	51,7	32,8	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Marcelo Perera y Cecilia Llambí, "Dimensionamiento económico de la extensión de la cobertura de los servicios de atención y educación a la primera infancia", ENIA 2010-2030, 2010 y Estimaciones y Proyecciones de la Población de Uruguay (Revisión 2005), Instituto Nacional de Estadística (INE).

Nota: La información sobre los CAIF corresponde a mayo de 2009, la de los centros infantiles del INAU a octubre de 2007 y la de los Jardines de la ANEP a 2008.

Según los estratos del INE, la región con mayor cobertura de centros públicos de cuidado infantil es el Centro Norte, le siguen el Interior Norte y el Centro Sur, lo que se relaciona con los mayores niveles de pobreza en esas regiones. Sin embargo, en el Interior Norte, donde los porcentajes de pobreza son más elevados, la cobertura es aún reducida (véase el cuadro III.5).

Por su parte, en la Periferia, donde se notaba una alta relación de dependencia respecto del cuidado infantil y altas tasas de actividad y desempleo femenino, la cobertura es notoriamente reducida. Pero esa zona en general presenta niveles de ingreso superiores a las regiones mencionadas, aunque el 46% de la población es pobre o altamente vulnerable a la pobreza y el 60% tiene ingresos como máximo hasta 1 línea de pobreza.

²⁰ Hay que tener en cuenta que los datos de cobertura de los cuadros III.2 y III.3 provienen de fuentes distintas. La información presentada en el cuadro III.2 fue elaborada por Perera y Llambí (2010) sobre la base de la información que les brindaron los centros de cuidado infantil, mientras que la información del cuadro III.3 proviene de la Encuesta Continua de Hogares que, por primera vez en el año 2009, incluye en el ítem educación una consulta respecto de la concurrencia de los niños de 0 a 3 años a servicios de cuidado infantil. Lo mismo sucede con los cuadros III.4 y III.5 para el interior del país.

CUADRO III.5
INTERIOR: COBERTURA DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS
DE CUIDADO INFANTIL POR ESTRATO, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Estratos	Número de personas	Porcentajes
Periferia	2 800	12,5
Interior Norte	5 300	20,6
Interior Centro Norte	5 800	26,9
Interior Centro Sur	3 600	19,3
Interior Sur	4 300	14,0
Total	21 800	18,4

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

En Montevideo, el 60% de los niños de 0 a 1 año asiste en la modalidad semanal y el 40% en la modalidad diaria en régimen de 4 horas. Mientras que en el interior, la modalidad semanal para 0 y 1 año está más extendida, por lo que alcanza al 80% de los beneficiarios, según la ECH 2009.

Para los niños y niñas de 2 a 3 años la frecuencia es diaria en el 90% de los casos, tanto en Montevideo como en el interior del país, y la extensión horaria es de 4 horas para el 60% de los beneficiarios. En Montevideo, la atención en régimen de 8 horas es algo superior (16% de los niños y niñas) que en el interior (9%).

Los déficits más significativos en los servicios de cuidado infantil se vinculan al alcance de la cobertura —tanto numérica como en su extensión geográfica— y a la cantidad de horas que no se adecua a los horarios de trabajo de los adultos.

b. Educación inicial y primaria (de 4 a 12 años)

La educación inicial depende del Consejo de Educación Primaria y está dirigida a niños y niñas de 3 a 5 años en diferentes modalidades institucionales: Jardines de Infantes Comunes, Jardines de Infantes Asistenciales, Jardines de Infantes de Ciclo Inicial, Grupos Familiares y Clases Jardineras. Los Jardines de Infantes de Ciclo Inicial (JICI) integran la educación inicial y los dos primeros años de primaria (para niños de 3 a 7 años). Las Clases Jardineras están en las Escuelas Comunes donde hay grupos para 4 y 5 años.

Por su parte, la educación primaria atiende a la población de 6 a 13 años y se organiza bajo las siguientes modalidades: común urbana y común rural, tiempo completo y contexto sociocultural crítico. La concurrencia es obligatoria a partir de los 4 años.

Las Escuelas de Contexto Sociocultural Crítico (CSCC) y las Escuelas de Tiempo Completo (ETC) están dirigidas a niños y niñas en situación de mayor vulnerabilidad social. En el caso de las CSCC que funcionan en jornadas de cuatro horas diarias se incorporó el Programa Maestros Comunitarios (PMC) para brindar mayor tiempo pedagógico a los alumnos y alumnas y trabajar con las familias y la comunidad. El PMC busca atender a niños con bajo rendimiento escolar, con problemas de asistencia, repetidores, desertores y niños en edad escolar que no han ingresado al sistema formal.

El Repertorio de Políticas Sociales para el año 2008 menciona que hay: i) 82.649 niños y niñas que asistían a educación inicial pública; ii) 273.491 que asisten a educación primaria urbana (incluye escuelas de tiempo completo, públicas comunes, escuelas especiales y escuelas públicas de contexto desfavorable); iii) 19.051 que están en la educación primaria rural; iv) 87.582 que asisten

a Escuelas de Contexto Sociocultural Crítico; v) 23.942 que asisten a Escuelas de Tiempo Completo; y vi) 16.945 que son beneficiarios del Programa Maestros Comunitarios²¹.

Existe un programa de transporte escolar para facilitar el traslado de los niños y niñas desde sus hogares hasta los centros educativos que tiene muy pocos beneficiarios (90 según información del Repertorio 2008). Se transportan escolares con discapacidad, escolares que habitan en zonas alejadas a la escuela (rurales) y alumnos y alumnas de zonas rurales a centros urbanos o periféricos. El programa depende del Consejo de Educación Inicial y Primaria (CEIP) de la ANEP y para su acceso es requisito tener alguna discapacidad o vivir en una zona alejada a la escuela (rural).

Por su parte, las Colonias de Vacaciones de Primaria son instituciones dirigidas a la atención de alumnos y alumnas provenientes de las escuelas públicas del país, que participan de pasantías con una duración de 15 días y que tienen como objetivo brindar formación educativa, recreativa y de uso formativo del tiempo libre. Existen tres colonias de vacaciones que atienden a aproximadamente 2.240 alumnos al año.

Para calcular la cobertura de la enseñanza pública o privada para el año 2009 hay que imputar el porcentaje del año 2008, ya que la Encuesta Continua de Hogares 2009 no incluyó esa pregunta. En Montevideo, el 66,5% de los niños y niñas de 4 a 12 años asisten al sistema público de educación inicial y primaria, ese porcentaje es inferior en el nivel inicial (60,3%) que en primaria (68,2%).

CUADRO III.6
MONTEVIDEO: COBERTURA DE LA EDUCACIÓN PÚBLICA
INICIAL Y PRIMARIA POR ALCALDÍA, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Alcaldía	Inicial		Primaria	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
A	5 400	77,7	20 700	83,7
B	1 000	40,7	3 500	51,5
C	1 900	53,1	6 900	52,6
CH	800	27,6	2 700	28,1
D	4 400	71,8	19 300	81,0
E	2 200	49,1	7 200	47,2
F	3 100	69,0	14 200	83,2
G	2 700	63,0	11 600	72,9
Total	21 300	60,3	86 100	68,2

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

Nota: Se imputó la distribución público y privada del año 2008 al año 2009, porque en la Encuesta Continua de Hogares 2009 no se incluyó la pregunta si asiste a institución pública o privada.

Se verifica la mayor asistencia al sistema público en las alcaldías con mayor nivel de pobreza (la A, la D y la F que están representadas en el estrato bajo del INE), donde el porcentaje de cobertura esta entre el 70% y el 77% en el nivel inicial y entre el 81% y el 83% en primaria. La alcaldía G, ubicada entre los estratos medio-bajo y medio-alto, tiene una cobertura del 63% en el nivel inicial y del 72,9% en primaria. En las demás alcaldías, a medida que aumenta su pertenencia a estratos socioeconómicos más altos, baja la cobertura pública del sistema educativo público. En las alcaldías B y C, concentradas en el estrato medio-alto, la cobertura de primaria es en torno al

²¹ En el anexo 2 se incluye un cuadro del Departamento de Estadística Educativa del CEIP que presenta los datos desagregados según modalidad de atención y departamento (véase el cuadro A.2.4).

51%, en la alcaldía E es del 47,2% y en la CH, donde se ubican los estratos más altos, apenas alcanza al 28,1% (véase el cuadro III.6).

En el interior del país, la tasa de cobertura asciende al 82,5% en promedio, siendo muy similar el porcentaje en el nivel inicial y en el primario (un 84% y un 82,1% respectivamente). En este caso, las regiones con mayor cobertura del nivel inicial son el Interior Norte y el Centro Sur (en torno al 91%). Siguen el Interior Centro Norte y el Sur (alrededor del 86%) y es considerablemente más baja en la Periferia (65,4%). En el nivel de primaria, es más significativa la cobertura pública en el Interior Norte y en el Centro Norte (entre el 88% y el 85%) que son las regiones más pobres. Es también relevante en el Interior Sur y el Centro Sur con una cobertura alrededor del 81%. Pero sigue siendo menos importante para la Periferia (73,4%) (véase el cuadro III.7).

Es preocupante que en la Periferia tanto la cobertura de los servicios de cuidado infantil como de los niveles inicial y primaria es muy inferior al resto, pues es donde la población dependiente es relativamente infantil (de 0 a 12 años) y las tasas de actividad (55%) y desempleo femenina son elevadas (11%).

CUADRO III.7
INTERIOR: COBERTURA DE LA EDUCACIÓN PÚBLICA
INICIAL Y PRIMARIA POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Estrato	Inicial		Primaria	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
Periferia	8 100	65,4	32 900	73,4
Interior Norte	11 600	91,2	45 500	87,7
Interior Centro Norte	10 500	85,8	39 700	84,5
Interior Centro Sur	9 400	90,9	30 900	81,5
Interior Sur	14 700	85,5	45 600	81,6
Total	54 400	83,7	195 000	82,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

Nota: Se imputó la distribución pública y privada del año 2008 al año 2009 porque en la Encuesta Continua de Hogares 2009 no se incluyó la pregunta si asiste a institución pública o privada.

c. Otros servicios para el cuidado de niños y niñas (de 4 a 12 años)

Existen otros servicios que contribuyen con el cuidado infantil fuera del horario escolar²², como los Club de Niños, cuya modalidad más difundida es cogestionada entre el INAU y organizaciones de la sociedad civil, pero también hay centros que dependen directamente del Instituto. En estos clubes, dirigidos a niños y niñas en condiciones de vulnerabilidad social, se desarrollan actividades socioeducativas, de promoción del aprendizaje, de recreación, deportivas y culturales. Trabajan en coordinación con los centros educativos formales de la zona de referencia, funcionan a nivel nacional y brindan varias prestaciones, entre ellas alimentación. El programa no tiene un criterio de distinción socioeconómica en el acceso, pero es necesario que los niños y niñas asistan a la escuela en cualquiera de sus modalidades.

A los clubes gestionados por el INAU acceden niños y niñas de 6 a 12 años y el total de beneficiarios era de 284 en 2008 (según el Repertorio). En la modalidad por convenio, el criterio de edad es de 5 a 12 años y, según datos del INAU (2010), en octubre de 2009 había 150 clubes de niños en todo el país (95 en el interior y 55 en Montevideo) que atendían a 10.008 niños y niñas.

²² El horario de la escuela en su modalidad "común urbana" que es la más difundida, es de cuatro horas en la mañana (de 8 a 12) o en la tarde (de 13 a 17 horas).

También existe un programa más reducido y de reciente desarrollo que es el Proyecto Abuelo Amigo del Banco de Previsión Social, que busca crear espacios intergeneracionales para contribuir a dar respuesta a la situación de niños y niñas en riesgo social. El servicio es provisto por adultos mayores de 60 años que en forma voluntaria brindan atención a los niños y niñas de 4 a 18 años. El programa es coejecutado por el BPS, el INAU y organizaciones sociales, y está presente en algunos departamentos del interior del país. El servicio es supervisado con el objetivo de garantizar que los adultos tengan una estabilidad emocional que les permita afrontar las necesidades e inquietudes de los menores en riesgo social. El programa se ejecuta durante todo el año y el número de beneficiarios, contando personas mayores y niños, es, según el Repertorio 2008, de 134 personas.

d. Prestaciones en especie: alimentación (de 0 a 12 años)

Existen diversas maneras en que el Estado contribuye con la alimentación de los niños y niñas en situación de riesgo social o nutricional, siendo el más amplio el Programa de Alimentación Escolar (PAE), que se brinda en los comedores escolares de educación inicial y primaria. Dicho programa entrega almuerzos, desayunos y meriendas, además de hacer huertas orgánicas y censos de talla, entre otros. Atiende diariamente entre 230.000 y 250.000 niños y niñas distribuidos en 2.222 comedores en todo el país. Los dos subprogramas con los que cuenta son los comedores escolares y “la copa de leche”.

Por otra parte, el Sistema Nacional de Comedores (SNC) del Instituto Nacional de Alimentación (INDA) brinda asistencia alimentaria a personas en situación de desventaja social con un almuerzo diario y es coejecutado por las Intendencias Departamentales y Juntas Locales del país. Su población objetivo son las mujeres embarazadas o lactantes, niños y niñas preescolares (de 19 meses a 6 años) que no reciban asistencia alimentaria en guarderías públicas o privadas. También pueden acceder escolares (de 6 a 14 años) que concurran a escuelas que no tienen comedor escolar o no tengan cupo, o escolares para los que durante el período de vacaciones su comedor permanece cerrado. Para acceder al beneficio existe un proceso de selección, entre los requisitos se encuentra tener el carné de asistencia del Ministerio de Salud Pública y los controles pediátricos y obstétricos correspondientes. Los usuarios tienen derecho solo a una ingesta diaria y el servicio es de lunes a viernes en Montevideo y de lunes a sábado en el interior. El beneficiario debe concurrir a almorzar al servicio, pero en el caso de las embarazadas y niños preescolares, cuyo domicilio se encuentra a una distancia mayor a 15 cuadras, pueden recibir el servicio de vianda. Según el Repertorio acceden regularmente a los comedores 12.094 personas.

Además de los comedores públicos existe la modalidad de canastas de alimentos y la tarjeta alimentaria, que surge para reemplazar la “canasta de riesgo social” que otorgaba el INDA. En junio de 2009 se sustituye por una transferencia monetaria mensual, mediante una tarjeta magnética, que permite a los beneficiarios acceder a los productos de la canasta básica que seleccionan de acuerdo a sus necesidades. También se pueden elegir artículos de limpieza e higiene. El monto que se transfiere a la tarjeta depende del número de menores de 18 años o embarazadas que vivan en el hogar²³. El programa forma parte del Plan de Equidad y se ejecuta en convenio con el INDA, el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Salud Pública. La prestación está dirigida a familias en situación de pobreza extrema.

Por otra parte, la canasta de riesgo nutricional del INDA se otorga a familias con al menos una persona en situación de alto riesgo (menor de 18 años y embarazadas). Consiste en la entrega mensual de una canasta de víveres secos más el complemento de 1 kilo de leche en polvo extra por cada menor de 6 años o embarazada. Los beneficiarios son niños y niñas de 0 a 17 años, mujeres

²³ Un beneficiario recibe 479 pesos; 2 beneficiarios, 726 pesos; 3 beneficiarios, 924 pesos; 4 o más beneficiarios, 1.287 pesos (aproximadamente 24, 36, 46 y 64 dólares respectivamente). Véase <<http://www.mides.gub.uy/mides/text.jsp?contentid=3511&site=1&channel=mides>>.

embarazadas o en lactancia y en situación o en riesgo de desnutrición, que debe ser diagnosticado por el sector salud.

La cobertura en Montevideo según alcaldía y estrato socioeconómico muestra que, como era de esperar, las alcaldías A, D y F, que corresponden al estrato bajo y medio-bajo, tienen mayor cobertura, aunque se ubican entre el 26% y el 31%. En la alcaldía G que se ubica en el estrato medio-bajo la cobertura es inferior al 19% (véanse los cuadros III.8 y III.9).

CUADRO III.8
MONTEVIDEO: COBERTURA DE LOS COMEDORES PÚBLICOS
PARA NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS POR ALCALDÍA, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Alcaldías	Número de personas	Porcentajes
A	12 200	27,5
B	1 500	11,0
C	1 800	7,4
D	11 000	25,7
E y CH	2 700	5,8
F	9 200	31,0
G	5 200	18,6
Total	43 600	19,1

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

CUADRO III.9
MONTEVIDEO: COBERTURA DE LOS COMEDORES PÚBLICOS
PARA NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS POR ESTRATO, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Estratos	Número de personas	Porcentajes
Bajo	22 800	33,7
Medio-bajo	14 100	20,6
Medio-alto y alto	6 700	7,2
Total	43 600	19,1

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

En el interior del país, la cobertura de los comedores públicos es algo superior para los niños y niñas de 0 a 12 años. Cerca del 30% concurre a un comedor y en las zonas más pobres, como el Interior Norte, el porcentaje asciende al 40%. La Periferia sigue siendo la zona con menor cobertura (20%) (véase el cuadro III.10).

CUADRO III.10
INTERIOR: COBERTURA DE LOS COMEDORES PÚBLICOS
PARA NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS, POR ESTRATO, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Estratos	Número de personas	Porcentajes
Periferia	15 600	20,2
Interior Norte	35 500	40,2
Interior Centro Norte	25 600	32,1
Interior Centro Sur	19 200	29,2
Interior Sur	23 200	23,1
Total	119 100	28,9

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

Hay un porcentaje muy reducido de niños y niñas que recibe canastas de alimentación, es menos del 1% en Montevideo y un 2,3% en el interior. Más del 60% corresponde a la canasta común del INDA y el resto a la canasta de bajo peso por riesgo nutricional u otras como contaminación por plomo, escolares en contexto crítico y celiacos, entre otros (véase el cuadro III.11).

CUADRO III.11
URUGUAY: COBERTURA DE CANASTAS DE ALIMENTACIÓN
PARA NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS POR ÁREA GEOGRÁFICA, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Área geográfica	Número de personas	Porcentajes
Montevideo	1 800	0,8
Interior	9 800	2,3
Total	11 600	1,7

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

Por último, la tarjeta alimentaria —que se otorga a hogares en situación de vulnerabilidad social con niños, adolescentes y mujeres embarazadas— abarca al 18,4% de los hogares con niños de 0 a 12 años del estrato bajo, mientras en el interior la cobertura es superior y llega al 23,5% de los hogares con menores de 13 años en la zona Interior Norte (véanse los cuadros III.12 y III.13).

CUADRO III.12
MONTEVIDEO: COBERTURA DE LA TARJETA ALIMENTARIA
EN HOGARES CON NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS POR ESTRATO, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Estrato	Número de personas	Porcentajes
Bajo	7 700	18,4
Medio-bajo	5 700	12,0
Medio-alto y alto	2 200	3,2
Total	15 600	9,8

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

CUADRO III.13
INTERIOR: COBERTURA DE LA TARJETA ALIMENTARIA EN HOGARES
CON NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS POR ESTRATO, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Estrato	Número de personas	Porcentajes
Periferia	5 800	12,4
Interior Norte	12 700	23,5
Interior Centro Norte	8 600	18,7
Interior Centro Sur	5 900	14,4
Interior Sur	5 500	8,7
Total	38 500	15,3

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

e. Salud pública

La atención pública de salud está a cargo de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) que desarrolla programas de atención integral para niños y niñas de 0 a 11 años,

diferenciados en el primer nivel de atención. Para acceder a los servicios se debe contar con el carné de asistencia de salud pública, que establece tres categorías: atención gratuita, bonificado 1 y bonificado 2, definido por el ingreso y el número de integrantes del núcleo familiar. También son beneficiarios de la ASSE los hijos de trabajadores formales que acceden al Fondo Nacional de Salud (FONASA) y eligen atenderse en esta institución. Según el Repertorio para el año 2008, 230.332 niños de 0 a 11 años se atendían en servicios de salud de la ASSE.

Asimismo, existen los Servicios Materno Infantiles del BPS que brindan atención integral a mujeres embarazadas y niños y niñas beneficiarios de asignaciones familiares contributivas. El servicio está compuesto por varios programas: programa materno infantil, programa de la unidad de perinatología, programa madres adolescentes y programa de especialidades y malformaciones, que ofrecen asistencia médica, alimentos y medicamentos, específicamente: i) asistencia integral a la embarazada, asistencia del parto normal y patológico y puerperio; ii) asistencia integral del recién nacido en la capital y el interior hasta los 90 días; iii) control del crecimiento y el desarrollo psicomotor de niños y niñas hasta los 6 años en todo el país; y iv) asistencia odontológica preventiva, clínica, quirúrgica y de ortodoncia hasta los 9 años y de la madre durante el embarazo y hasta los 6 meses después del parto.

El Programa Madres Adolescentes tiene como objetivo contribuir a la inserción laboral de madres adolescentes de ingresos bajos con hijos que están siendo atendidos en los Centros Materno Infantiles del BPS. Ofrece un sistema de apoyo económico y social con el fin de cubrir los costos que implican las capacitaciones (locomoción, materiales de estudio, cuidados del hijo, apoyo docente y situaciones imprevistas, entre otros). “Tiene una asignación presupuestal de 30.000 dólares anuales y cuatro asistentes sociales para 30 madres adolescentes. El 90% de las adolescentes egresadas están trabajando y han podido ir accediendo a empleos mejor remunerados y adecuados a la capacitación recibida” (BPS, 2009, pág. 25).

Los niños de 0 a 12 años beneficiarios de los servicios de salud pública se atienden principalmente en la ASSE con el carné de asistencia (según la denominación del INE “MSP bajos recursos”) o por medio del beneficio del FONASA (“MSP FONASA”). El tramo de 0 a 3 años y el de 4 a 12 años, en ambas modalidades, completan entre el 73% y el 74% del total. Luego el Hospital Policial o Militar da cobertura a los hijos de sus funcionarios y su cobertura es del 13% al 15% de los niños de 0 a 12 años que se atienden en salud pública.

Por último, los servicios de las policlínicas municipales acogen a un 5% o 6% de los niños de 0 a 12 años que se atienden en salud pública, mientras el área de salud del BPS atiende al 4,7% de los niños de 0 a 3 años (véase el cuadro III.14).

CUADRO III.14
URUGUAY: DISTRIBUCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DE LOS SERVICIOS DE
SALUD PÚBLICA SEGÚN INSTITUCIÓN Y TRAMOS DE EDAD, 2009
(En porcentajes)

Institución	0 a 3 años	4 a 12 años
MSP bajos recursos	63,0	63,2
MSP FONASA	9,7	10,8
Hospital policial o militar	12,8	14,8
Policlínica municipal	6,4	5,2
Área de salud del BPS	4,7	1,7
Otros	3,4	4,3
Total	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

En Montevideo, la atención en servicios de salud pública alcanza al 40,5% de los niños de 0 a 12 años. Esa cobertura es claramente superior en las alcaldías de menores recursos: en la alcaldía A asciende al 52,2%, en la D al 57,4% y en la F al 55%, mientras que en la alcaldía G, que se ubica en el estrato medio-bajo, cubre al 45% de los niños (véase el cuadro III.15).

CUADRO III.15
MONTEVIDEO: COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA
EN NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS POR ALCALDÍA, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Alcaldía	Número de personas	Porcentajes
A	23 300	52,2
B	2 500	17,9
C	6 200	25,9
CH	1 700	9,4
D	24 800	57,4
E	5 600	19,9
F	16 600	55,0
G	12 700	45,3
Total	93 400	40,5

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

Según tramos de edad, separando los niños en la primera infancia (de 0 a 3 años) del resto (de 4 a 12 años), no se encuentran diferencias significativas según estrato socioeconómico de la capital (véase el cuadro III.16).

CUADRO III.16
MONTEVIDEO: COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA
EN NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS POR ESTRATO Y TRAMOS DE EDAD, 2009

Estrato	Niños de 0 a 3 años		Niños de 4 a 12 años	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
Bajo	12 500	61,2	29 400	61,6
Medio-bajo	9 500	48,5	22 000	44,6
Medio-alto y alto	5 600	19,5	14 400	22,2
Total	27 600	40,2	65 800	40,7

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

En el interior del país, la cobertura de los servicios de salud pública es más elevada, llegando al 48,3% en los niños de 0 a 3 años y al 53,2% en los niños de 4 a 12 años. Según estratos, la cobertura también es bastante similar según tramos de edad, pero es mayor en los estratos más pobres —Interior Norte, Centro Norte y Centro Sur— (véase el cuadro III.17).

CUADRO III.17
INTERIOR: COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA
EN NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS POR ESTRATO Y TRAMOS DE EDAD, 2009

Estrato	Niños de 0 a 3 años		Niños de 4 a 12 años	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
Periferia	9 700	44,5	25 200	44,0
Interior Norte	15 900	62,0	42 300	65,4
Interior Centro Norte	11 500	53,1	38 000	64,3
Interior Centro Sur	9 400	49,6	26 300	54,2
Interior Sur	10 700	35,3	29 200	39,9
Total	57 300	48,3	161 000	53,2

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

f. Asignaciones familiares contributivas y asignaciones familiares del Plan de Equidad (de 0 a 18 años)

La asignación familiar contributiva es una prestación económica brindada por el BPS destinada a complementar los ingresos familiares del hogar de trabajadores y trabajadoras dependientes con menores a su cargo. Se otorga una vez comprobado el embarazo y varía según los ingresos del hogar. El tope de ingresos totales para recibir la asignación es de 10 BPC (Bases de Prestaciones y Contribuciones)²⁴ en los hogares con hasta dos niños y aumenta con más hijos.

Son beneficiarios los hijos menores de 18 años de trabajadores y trabajadoras dependientes que reciben educación primaria estatal o privada, hasta los 14 años, que cursan estudios de enseñanza media, hasta los 18 años, que son hijos de: atributarios fallecidos, privados de libertad o con discapacidad para toda tarea remunerada; los que continúan en educación primaria, perciben la asignación hasta el cumplimiento de los 16 años. Para el año 2008, según el Repertorio, la población beneficiaria alcanzó las 221.456 personas.

Para los funcionarios públicos existe una modalidad de asignación familiar inspirada en el régimen contributivo para los privados; los requisitos de acceso y el monto de la prestación son similares a los privados.

La asignación familiar del Plan de Equidad tiene por objetivo complementar los ingresos familiares de hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica con menores a cargo. Es una prestación monetaria mensual a embarazadas (prenatal), niños y adolescentes menores de 18 años y el monto es diferencial según el número de menores que integren el hogar que cumple con las condiciones de elegibilidad y el nivel educativo que estén cursando: i) 700 pesos (que equivalen a 35 dólares) por beneficiarios integrantes del hogar; y ii) 300 pesos adicionales en caso de beneficiarios que se encuentren cursando educación media. Para determinar el beneficio total que recibe el hogar se considera una escala de equivalencia de 0,6 que es el exponente al que se eleva la cantidad de beneficiarios de cada tipo (menores de 18 años y menores que cursan secundaria). En caso de menores que estén en atención de tiempo completo en establecimientos del INAU el monto de la prestación mensual es de 700 pesos²⁵. Para mantener el beneficio se exige la asistencia a centros educativos y controles periódicos de salud. Para el año 2008, según el Repertorio, la población beneficiaria alcanzó las 327.913 personas.

²⁴ En enero de 2010, el valor de la BPC era 2.061 pesos (que equivalen a 103 dólares).

²⁵ Los valores del beneficio están expresados en valores constantes al mes de enero de 2008. Se actualiza con la variación del IPC en las mismas oportunidades en que se ajusten las remuneraciones de los funcionarios públicos de la Administración Central.

Para el total del país, el número de hogares que recibe asignaciones familiares contributivas (empleado público y privado) y no contributivas (Plan de Equidad) para ambos tramos de beneficiarios (menores de 6 años que no asisten a primaria y niños que asisten a primaria) son bastante similares. Hay 68.000 hogares con menores de 6 años que reciben la AFAM del Plan de Equidad y 64.000 que reciben la AFAM contributiva. Respecto de los hogares con niños que asisten a primaria, hay 88.000 que reciben la AFAM del Plan de Equidad y 83.000 que reciben la AFAM contributiva (véase el cuadro III.18).

CUADRO III.18
URUGUAY: HOGARES CON NIÑOS QUE ACCEDEN A ASIGNACIONES FAMILIARES
SEGÚN TIPO DE ASIGNACIÓN, 2009
(En número de hogares)

Beneficiarios	Plan de Equidad	Empleado público	Empleado privado
Niños menores de 6 años que no asisten a primaria	68 000	13 400	50 800
Niños que asisten a primaria	88 000	21 100	62 100

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

En Montevideo, el 75,4% de los hogares de estrato bajo reciben alguna AFAM: el 60% corresponde al Plan de Equidad y el 40% a la modalidad contributiva. En el estrato medio-bajo las AFAM alcanzan al 65% de los hogares con niños y el 49% son de la modalidad no contributiva (Plan de Equidad). En el estrato medio-alto la cobertura es del 45,1% de los hogares con niños y la modalidad más relevante es la contributiva (el 49% de asalariado privado y el 15% público). En el estrato alto la cobertura es muy reducida, apenas el 19% (véase el cuadro III.19).

CUADRO III.19
MONTEVIDEO: HOGARES CON NIÑOS QUE ACCEDEN A
ASIGNACIONES FAMILIARES SEGÚN ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS, 2009
(En número y porcentajes)

Estrato	Plan de Equidad	Empleado público	Empleado privado	Cobertura total
Bajo	19 200	2 900	9 500	75,4
Medio-bajo	15 100	3 000	12 700	65,0
Medio-alto	7 000	2 800	9 200	45,1
Alto	900	1 300	2 900	19,0
Total	42 200	10 000	34 300	54,7

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

En el interior del país, la cobertura de las AFAM es mayor que en Montevideo, alcanza al 70,5% de los hogares con niños. La cobertura es superior en las zonas más pobres (Interior Norte, Centro Norte y Centro Sur) y el nivel más bajo se registra en la Periferia. La AFAM no contributiva es más elevada en el Interior Norte (59%), Interior Centro Norte (51%) y la Periferia (53%), mientras en el Interior Sur y en el Centro Sur la AFAM contributiva es la más relevante — el 64% y el 56% respectivamente— (véase el cuadro III.20).

CUADRO III.20
INTERIOR: HOGARES CON NIÑOS QUE ACCEDEN A
ASIGNACIONES FAMILIARES SEGÚN ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS, 2009
(En número y porcentajes)

Estrato	Plan de Equidad	Empleado público	Empleado privado	Cobertura total
Periferia	15 400	2 300	11 500	62,4
Interior Norte	24 400	5 400	11 500	76,5
Interior Centro Norte	17 600	5 000	11 900	74,6
Interior Centro Sur	13 000	4 400	12 500	73,3
Interior Sur	15 100	5 200	22 000	66,5
Total	85 500	22 300	69 400	70,5

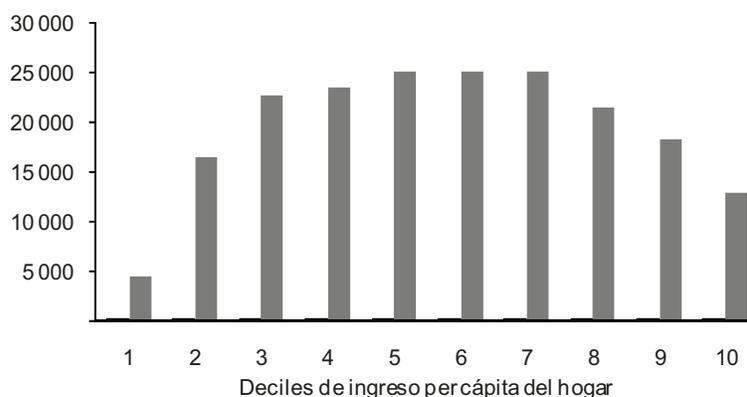
Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

g. Exención fiscal en el Impuesto a las Retribuciones de las Personas Físicas (IRPF)

Según el artículo 8 de la ley 18.341 del 30 de agosto de 2008, donde se introducen modificaciones al Impuesto a las Retribuciones de las Personas Físicas, se podrán deducir 13 BPC²⁶ anuales por hijo, destinados a gastos de educación, alimentación, vivienda y salud no amparados por el FONASA de menores de edad a cargo del contribuyente. La deducción se duplica en caso de hijos con discapacidad y se calcula según las franjas que se utilizan para el cálculo del IRPF.

Como no todas las personas pagan IRPF, estas deducciones benefician solo a un grupo de la población contribuyente. Para calcular el monto efectivo de la deducción por hijo y sus beneficiarios, se utilizó la estimación realizada por el Departamento de Políticas Sociales del Área de Evaluación y Gestión del Estado (AGEV) de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) de las deducciones correspondientes a cada persona según los ingresos nominales calculados sobre la base de la ECH 2009. El monto promedio de la deducción por hijo es de 310 pesos mensuales. Hay 194.600 beneficiarios que se concentran en los tramos entre el decil 3 y 7 (véase el gráfico III.17).

GRÁFICO III.17
URUGUAY: NÚMERO DE PERSONAS BENEFICIARIAS DE LA DEDUCCIÓN POR HIJO
DEL IRPF SEGÚN DECIL DE INGRESOS PER CÁPITA DEL HOGAR, 2009
(En número de personas)

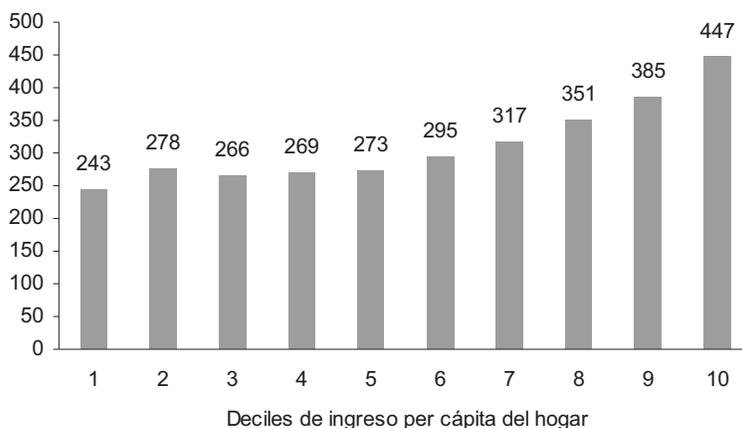


Fuente: Elaboración propia sobre la base de los datos de la Encuesta Continua de Hogares 2009 y del Departamento de Políticas Sociales de la OPP.

²⁶ En enero de 2010, equivale a 26.793 pesos (que equivalen a 1.340 dólares).

El monto promedio es inferior a 300 pesos mensuales hasta el sexto decil y alcanza cerca de 450 pesos mensuales en promedio en el décimo decil. Los desvíos estándar de estos valores se ubican en torno a los 200 pesos mensuales en cada decil (véase el gráfico III.18).

GRÁFICO III.18
URUGUAY: MONTO PROMEDIO DE LA DEDUCCIÓN DEL IRPF POR HIJO
SEGÚN DECIL DE INGRESOS PER CÁPITA DEL HOGAR, 2009
(En pesos)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de los datos de la Encuesta Continua de Hogares 2009 y del Departamento de Políticas Sociales de la OPP.

Lo anterior demuestra que efectivamente la deducción que en principio parece significativa por tratarse de 13 BPC al año que equivaldría a 2.200 pesos al mes, cuando se traduce en su impacto efectivo, pasa a ser muy reducida.

h. Licencias laborales que contribuyen con el cuidado infantil

Las licencias laborales que permiten la conciliación entre el empleo y las responsabilidades familiares vinculadas al cuidado infantil se limitan al período de maternidad y paternidad. El beneficio de maternidad lo perciben las asalariadas públicas y privadas que contribuyen a la seguridad social. En el año 2009 esto se traducía en que 8.400 de las 17.000 mujeres ocupadas que tenían hijos menores de un año eran asalariadas privadas formales y 2.700 asalariadas del sector público, por lo tanto 11.100 trabajadoras recibieron el beneficio de la seguridad social. Hay 4.000 mujeres que, al no realizar aportes, no tuvieron derecho al beneficio, y 1.900 que, contribuyendo a la seguridad social, no recibieron el beneficio por no ser asalariadas (cerca del 60% eran trabajadoras por cuenta propia con local y el 25% patronas).

Las asalariadas del sector público gozan de una licencia por maternidad de 13 semanas y las del sector privado de 12, períodos inferiores a la recomendación 191 de 18 semanas que establece la OIT. Durante ese lapso reciben el subsidio por maternidad y luego tienen el beneficio de lactancia que para las trabajadoras del sector privado se limita a dos medias horas diarias y en el caso del sector público a media jornada. La extensión del período de lactancia en la práctica se aplica hasta los seis meses de edad del hijo, aunque podría ampliarse según indicación médica.

Las licencias por paternidad, hasta el año 2008, solo existían para el sector público que desde 1989 preveía tres días hábiles (ley 16.104) y que en diciembre de 2005 se ampliaron a 10 días hábiles (ley 17.930). A fines de 2008 se aprobó la licencia por paternidad para el sector privado de tres días corridos, asumiendo el costo de la licencia el empleador.

En caso de adopción, la licencia para todos los trabajadores (hombres y mujeres) de la actividad pública y privada es de seis semanas (ley 17.292 de 2001); en el caso de los funcionarios públicos se trata de una licencia especial con goce de sueldo; en el caso de los trabajadores del sector privado se percibe un subsidio similar al previsto para la licencia de maternidad a cargo del Banco de Previsión Social (BPS).

En junio de 2010, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social presentó al ejecutivo y al parlamento un proyecto de ley para dar cobertura en la maternidad a las mujeres que aportan a la seguridad social pero no son asalariadas, ampliar la licencia por maternidad del sector privado en una semana y permitir la reducción del horario a la mitad durante el período de lactancia (ambas disposiciones buscan equiparar los derechos del sector público y privado), además de brindar una licencia por paternidad más amplia a cargo del BPS. Hay que tener en cuenta que la licencia por paternidad es muy importante para promover y posibilitar el involucramiento del padre en el cuidado del niño o niña ya que en ese momento se crean capacidades que es muy difícil desarrollar contando sólo con los tiempos fuera del horario laboral.

Aún no existen disposiciones legales para el cuidado de los hijos (las llamadas licencias parentales). Los funcionarios públicos pueden disponer de una “licencia especial”, hasta por 30 días, con goce de sueldo en casos debidamente justificados. Si es por un plazo mayor será sin goce de sueldo (artículo 37 de la ley 16.104).

En los convenios colectivos, distintos sectores de actividad han incluido cláusulas que contemplan la ausencia de licencias parentales o por enfermedad de un hijo o hija y que amplían los derechos vigentes en los beneficios de maternidad, paternidad y lactancia. También se establece la instalación de servicios de guardería.

Las cláusulas relativas al período de lactancia consisten en la reducción del horario de trabajo (a la mitad o menos de la mitad), flexibilización del horario de entrada o salida, u otro beneficio como la entrega de complemento de leche materna. Por su parte, la licencia por enfermedad de un hijo o hija menor es un tema casi ausente en la negociación colectiva. En el sector salud (en dos convenios de empresa) se concede un día por cada situación de enfermedad de hijos de hasta 10 años, con un máximo de tres veces al año por hijo y dos días en caso de internación, sin límite de días. En otro convenio de empresa (en la industria de la bebida) se consideran inasistencias justificadas las de un día, provocadas por enfermedades de hijos menores de 15 años, con un límite de tres inasistencias en el semestre, sin perjuicio de autorizaciones especiales de acuerdo a cada caso. En un convenio de empresa (sector financiero privado) se establece el derecho para las funcionarias madres de disponer de tres horas mensuales para salidas por consultas médicas para sus hijos menores de un año. Con respecto a la provisión de servicios de guarderías son muy escasos los convenios que suplen la ausencia de normas legales con este beneficio. Lo que existe es la contribución monetaria del empleador a la provisión del servicio por el sindicato —sector financiero— o el pago de una suma en dinero al empleado —sector salud— (Salvador, 2007).

2. Servicios y prestaciones para los adultos mayores

Los servicios que tradicionalmente ha brindado el Estado para los adultos mayores son los de salud, las prestaciones de la seguridad social y algunas residencias y hogares de ancianos.

En octubre de 2009 se aprobó la creación del Instituto Nacional del Adulto Mayor en el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Las autoridades ministeriales²⁷ esperan que se conforme el año 2011. La idea es que este instituto funcione como rectoría de todas las políticas que se

²⁷ Palabras del subsecretario Lauro Meléndez en el Día Internacional del Adulto Mayor. Véase *El Observador* del lunes 4 de octubre [en línea], <<http://pronadis.mides.gub.uy/mides/colgado.jsp?contentid=9748&site=1&channel=pronadis>>.

implementen sobre adultos mayores y coordine las distintas políticas de todos los departamentos. Según la ley 18.617 el INAM tiene entre sus competencias la elaboración de un Plan Nacional de Promoción del Adulto Mayor que, entre otros cometidos:

- encare orgánicamente las necesidades del adulto mayor en todos los planos de la vida individual y colectiva para el cumplimiento de sus derechos como persona y sujeto social;
- promueva el acceso a la atención integral de su salud en la prevención, asistencia y eventuales procesos de rehabilitación, tanto en la esfera pública como privada, siguiendo el modelo de cuidados progresivos. Para ello se privilegiará la atención comunitaria, creando alternativas a la institucionalización y originando condiciones de apoyo para la atención en el ámbito familiar;
- colabore con el Ministerio de Salud Pública fijando las bases sobre las cuales este controlará las condiciones básicas de funcionamiento de los establecimientos de atención, inserción familiar y residencia del adulto mayor, sean públicos o privados;
- coordine las políticas sociales y los programas de asistencia en alimentación y vivienda para que contemplen las necesidades de los adultos mayores que necesiten de dicho apoyo;
- fomente programas de capacitación y formación de técnicos, profesionales y funcionarios relacionados con adultos mayores para conocer los derechos específicos de esta etapa etaria; e
- incluya en las políticas habitacionales del país normas que garanticen el acceso a una solución digna y decorosa, de costos accesibles y de ambientes agradables y seguros, destinada a los adultos mayores, incluyendo aquellos que padecen diversos grados de pérdida de autonomía y discapacidad.

Para dar cumplimiento a las competencias asignadas al INAM se deberá crear un Consejo Consultivo integrado por el Ministerio de Salud Pública, el Banco de Previsión Social, la Cátedra de Geriatria de la Facultad de Medicina, el Congreso de Intendentes y hasta tres organizaciones de la sociedad civil que representen a los adultos mayores jubilados y pensionistas, además de sus intereses culturales.

a. Salud pública

La atención de salud a personas adultas mayores se brinda en hospitales y centros de salud de la ASSE de todo el país, donde se implementan programas como envejecimiento saludable, nutrición, inmunización y prevención de enfermedades. Los servicios de salud están dirigidos a personas de 65 años y más que cuenten con el carné de asistencia de salud pública, el que establece tres categorías: atención gratuita, bonificado 1 y bonificado 2, definido por el ingreso e integrantes del núcleo familiar. Según el Repertorio, 133.680 personas de 65 años y más acceden al servicio.

Hasta la reforma del sistema de salud, los jubilados con ingresos superiores a 3 BPC aportaban un 1% de su prestación al sistema de seguridad social, pero no tenían derecho a cobertura médica, mientras los que percibían ingresos inferiores a 3 BPC tenían cobertura de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) incrementando su aporte a un 3% de la jubilación. Con la reforma de salud se modifica levemente el sistema para las personas que ya están jubiladas y para las nuevas, quienes, desde enero de 2008, tienen cobertura mediante el sistema público o de las mutualistas —cualquiera sea el monto de su jubilación—. Mientras que las personas jubiladas acceden al beneficio de la cuota mutual de acuerdo a un tope de ingresos: los trabajadores dependientes que no perciben ingresos nominales superiores a 6.233,98 pesos a enero de 2010, y los trabajadores no dependientes cuya jubilación no supera las 2,5 BPC e integren

hogares cuyo promedio de ingresos —por todo concepto— no supere esa barrera, equivalente a 5.152,5 pesos a enero de 2010. Los pensionistas aún no están incluidos en este sistema.

Desde marzo de 2005 se desarrolla, en el marco del Ministerio de Salud Pública, el Programa Nacional del Adulto Mayor que tiene el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas de 65 años. Dentro de los objetivos del programa se encuentran:

- adecuar los servicios de salud que atienden al adulto mayor (normalizar y regular el sistema de las casas de salud, hogares de ancianos y otras instituciones que los albergan);
- mejorar ciertos aspectos sociales del adulto mayor como establecer sistemas de ayuda familiares, contribuir al mejoramiento de su nivel educativo y desarrollar una cultura de la prevención mediante el deporte, la recreación y el uso del tiempo libre; y
- desarrollar una formación adecuada de las personas vinculadas al adulto mayor (capacitación del personal de salud, educación de los otros grupos etarios y formación de agentes comunitarios en el campo específico del cuidado psicosocial del anciano).

Para ello las actividades que desarrolla el programa son: el relevamiento de casas de salud y hogares de ancianos; la elaboración de normas técnicas —de salud bucal, ocular, atención cardiovascular y patologías tumorales—; la inclusión de contenidos educativos en los currículos escolares; el asesoramiento con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), instituciones gubernamentales y ONG, entre otras. En el marco de este programa se ha creado el carné del adulto mayor que identifica, entre otras cosas, la situación funcional de la persona (su dependencia o necesidad de ayuda en actividades de la vida diaria), su cuidador principal (si tuviera), las actividades para las que necesita ayuda, sus redes de apoyo, con quién convive y, luego, aspectos vinculados a su salud.

En la órbita del Ministerio de Salud Pública, en el marco de la División General de Administración de Servicios de Salud del Estado, opera el Hospital Piñeyro del Campo destinado a la atención del adulto mayor. Según Huenchuan y Paredes (2006), este hospital se encuentra en un proceso de reconversión de un modelo asilar a un centro geriátrico, por lo que está implementando las estadías diurnas. Además, cuenta con un servicio de cuidadores domiciliarios (Batthyány, Alesina y Brunet, 2007).

La cobertura más relevante para ambos tramos de edad la brinda el Ministerio de Salud Pública mediante el carné de asistencia. Le sigue en importancia el Hospital Policial o Militar. En total cubren el 86% de la asistencia del sistema público de salud (véase el cuadro III.21).

CUADRO III.21
URUGUAY: COBERTURA DE SALUD PÚBLICA PARA ADULTOS MAYORES
SEGÚN INSTITUCIÓN, 2009
(En porcentajes)

Institución	65 a 79 años	80 años y más
MSP bajos recursos	69,0	69,9
Hospital policial o militar	16,9	16,4
MSP FONASA	3,7	2,9
Policlínica municipal	3,3	2,7
Área de salud del BPS	0,2	0,4
Otros	6,9	7,7
Total	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

En Montevideo, el 30,6% de los adultos de 65 a 79 años y el 23,5% de los adultos de 80 años y más se atienden en algún servicio de salud pública. Se verifica claramente que en las alcaldías más pobres (A, D y F) la atención en salud pública es más elevada. La diferencia con el resto de las alcaldías es de más de 10 puntos porcentuales. Lo mismo se verifica al considerar los estratos socioeconómicos del INE (véanse los cuadros III.22 y III.23).

CUADRO III.22
MONTEVIDEO: COBERTURA DE SALUD PÚBLICA PARA ADULTOS MAYORES
POR ALCALDÍA, 2009

(En número de personas y porcentajes)

Alcaldía	65 a 79 años		80 años y más	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
A	9 400	44,1	2 800	42,0
B	3 000	20,2	1 100	15,8
C	5 000	24,1	1 400	14,8
CH	2 300	11,5	1 100	12,3
D	8 400	45,2	2 200	37,1
E	4 600	21,9	1 300	17,4
F	5 600	45,7	1 500	39,8
G	6 100	37,3	1 400	25,9
Total	44 400	30,6	12 800	23,5

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

CUADRO III.23
MONTEVIDEO: COBERTURA DE SALUD PÚBLICA PARA ADULTOS MAYORES
POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009

(En número de personas y porcentajes)

Estrato	65 a 79 años		80 años y más	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
Bajo	11 500	55,6	2 800	47,8
Medio-bajo	15 500	40,6	4 600	33,8
Medio-alto	13 100	26,8	3 800	19,3
Alto	4 300	11,4	1 600	10,6
Total	44 400	30,6	12 800	23,5

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

En el interior, la cobertura de salud pública para los adultos mayores es muy superior en ambos tramos de edad respecto de Montevideo. Nuevamente se verifica que en las zonas más pobres (Interior Norte y Centro Norte) la cobertura es más elevada —en torno al 60% de 65 a 79 años y entre el 55% al 58% para 80 años y más— (véase el cuadro III.24).

CUADRO III.24
INTERIOR: COBERTURA DE SALUD PÚBLICA PARA ADULTOS MAYORES
POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Estrato	65 a 79 años		80 años y más	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
Periferia	12 800	47,3	3 500	40,7
Interior Norte	22 200	59,6	5 700	55,0
Interior Centro Norte	21 000	60,3	6 900	58,6
Interior Centro Sur	18 400	52,7	6 300	55,2
Interior Sur	21 900	38,2	6 5100	34,2
Total	96 300	50,3	28 900	47,3

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

b. Prestaciones monetarias

El Banco de Previsión Social es el organismo encargado de la planificación, coordinación y administración de la seguridad social en el país, pero además, existen otras instituciones (cajas paraestatales) que regulan la seguridad social de algunos grupos específicos de la población (fuerzas armadas, bancarios, notarios y otros profesionales).

Los beneficios que brinda el BPS son:

- jubilación común (60 años y más): para los trabajadores dependientes y patrones de todos los sectores (incluyendo trabajadores domésticos y rurales) que hayan hecho los aportes correspondientes;
- jubilación por edad avanzada (65 años y más): si no cumplen con la cantidad de aportes exigidos, aunque tienen un mínimo de 25 años de contribución. Y, a partir de los 70 años, se exigen 15 años de aporte;
- pensión a la vejez (70 años y más): para personas que tienen escasos recursos económicos y no reciben otra prestación de pasividad²⁸. En el caso que el beneficiario tenga algún ingreso inferior al valor estipulado de la pensión (en enero de 2010 asciende a 4.288,57 pesos), solo se le pagará un complemento que le permita alcanzar dicho valor. En el marco del Plan de Equidad se creó la asistencia a la vejez, que se otorga a las personas de 65 a 70 años en situación de extrema pobreza y su monto es el mismo que el de las pensiones por vejez e invalidez;
- pensión de sobrevivencia: es una ayuda económica que se entrega a partir del fallecimiento de un afiliado activo o pasivo y está destinada a los deudos. Son beneficiarias las personas viudas, hijos solteros menores de 21 o 18 años si ingresan al mercado laboral, los hijos mayores o los padres incapacitados para todo tipo de trabajo. Se establecen ciertos requisitos de ingresos y de edad para la mujer viuda²⁹ y necesidad

²⁸ Para recibir el beneficio es necesaria una visita de asistentes sociales del BPC. Actualmente los topes establecidos para los familiares que conviven con el solicitante, si es el o la cónyuge, hijo o hermano casado y padres solos, son 3 BPC, y si es hijo o hermano soltero son 2 BPC. En caso de ser hijo o hermano casado con hijos menores o padres con hijos menores se le suma a su tope el 40% de la BPC por hijo menor. En caso de no convivir los familiares con el solicitante, el tope de ingresos establecido es de 8 BPC para el o la cónyuge, 10 BPC para hijo o hermano soltero, hijo o hermano casado y padres solos. Al igual que en el caso anterior, si estos familiares tienen hijos menores se suma al tope el 40% de la BPC por hijo menor. En enero de 2010, la BPC se ubica en 2.061 pesos.

²⁹ El tope de ingresos para percibir la pensión de sobrevivencia de la mujer viuda se estableció en 15.000 pesos en la Ley de Reforma de la Seguridad Social (N° 16713) y su actualización se hace sobre la base de la evolución del Índice

de demostrar dependencia económica en caso del hombre viudo, y percibir la pensión alimenticia en caso de personas divorciadas. Con la ley aprobada en diciembre de 2007 se reconoce la unión concubinaria para obtener los mismos derechos que viudos, viudas y divorciados o divorciadas; y

- cómputo por hijo para las mujeres: desde febrero de 2009 las mujeres tienen derecho a computar un año adicional de servicio por hijo nacido vivo o adoptado, con un máximo total de cinco años.

Según el reciente estudio de Aguirre y Scuro (2010) sobre el sistema previsional y las desigualdades de género, el 85% de los adultos mayores de 65 años acceden al sistema y los porcentajes son muy similares según sexo. Las diferencias más notorias se encuentran en el tipo de prestaciones que reciben: solo el 57,7% de las mujeres son jubiladas, mientras el 82% de los hombres lo es. Por su parte, el 54,4% de las mujeres son pensionistas y solo el 6,7% de los hombres.

En términos de ingresos el monto promedio de las jubilaciones de las mujeres equivale al 71,4% de la de los hombres. Como las jubilaciones son, a su vez, más elevadas que las pensiones, los ingresos por pasividades de las mujeres son inferiores al de los hombres.

La cobertura de las jubilaciones no presenta grandes diferencias según alcaldía. Es interesante como en la alcaldía A, que es una de las que presenta mayores niveles de pobreza, la proporción de adultos mayores que reciben jubilación es similar al promedio de la capital. De todas formas las alcaldías donde los porcentajes son inferiores al promedio son aquellas ubicadas en los estratos bajo y medio-bajo (alcaldías D y F para el tramo de 65 a 79 años y F y G para 80 años y más). Es interesante que la alcaldía CH, que se encuentra en el estrato alto, tenga un porcentaje inferior al promedio de jubilados en el tramo de 80 años y más, lo que probablemente se explique por la presencia de mujeres sin ingresos o pensionistas (véase el cuadro III.25).

CUADRO III.25
MONTEVIDEO: COBERTURA DE JUBILACIONES PARA ADULTOS MAYORES
POR ALCALDÍA, 2009

(En número de personas y porcentajes)

Alcaldía	65 a 79 años		80 años y más	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
A	14 200	66,7	4 800	72,5
B	10 200	68,2	5 200	74,9
C	14 200	68,5	6 700	73,3
CH	13 500	66,8	6 200	71,5
D	10 500	56,4	4 600	77,1
E	13 300	63,3	5 800	74,6
F	7 200	59,2	2 600	68,9
G	10 400	63,9	3 500	68,9
Total	93 500	64,4	39 400	73,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

Medio de Salarios según el artículo 12 de dicha ley y el artículo 67 de la Constitución de la República. Ello significa que en enero de 2010 el tope se ubica en 47.086 pesos.

Según estrato socioeconómico se verifica en el estrato bajo una proporción más baja de jubilados en ambos tramos de edad y, nuevamente, la proporción de jubilados en el tramo de 80 años y más es inferior al promedio en el estrato alto (véase el cuadro III.26).

CUADRO III.26
MONTEVIDEO: COBERTURA DE JUBILACIONES PARA ADULTOS MAYORES
POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Estrato	65 a 79 años		80 años y más	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
Bajo	11 900	57,7	4 000	70,6
Medio-bajo	24 600	64,2	10 200	75,1
Medio-alto	32 600	66,5	14 500	74,1
Alto	24 300	65,3	10 700	70,5
Total	93 400	64,4	39 400	73,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

La cobertura de jubilaciones en el interior del país es similar a la de Montevideo para el conjunto de la población (un 63,6% para 65 a 79 años y un 76,3% para los mayores de 80), pero la diferencia por estratos en el interior es mayor. Los niveles de cobertura son superiores en las zonas de mejor nivel socioeconómico (Interior Sur y Centro Sur) y en la Periferia, mientras en las zonas más empobrecidas (Interior Norte y Centro Norte) la cobertura es sustancialmente inferior (véase el cuadro III.27).

CUADRO III.27
INTERIOR: COBERTURA DE JUBILACIONES PARA ADULTOS MAYORES
POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Estrato	65 a 79 años		80 años y más	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
Periferia	16 200	59,1	6 000	69,8
Interior Norte	20 800	55,2	7 000	67,1
Interior Centro Norte	21 700	62,2	8 700	73,2
Interior Centro Sur	24 200	69,1	9 300	81,2
Interior Sur	39 600	68,8	15 800	83,3
Total	122 500	63,6	46 800	76,3

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

Como las pensiones de sobrevivencia las reciben en casi su totalidad mujeres (solo un 2% de hombres) el cálculo de la cobertura se hace en función de las adultas mayores. La diferencia de cobertura según tramos de edad es significativa, alrededor de 20 puntos porcentuales o más. En el tramo de 65 a 79 años es más elevada en las alcaldías A, que pertenece al estrato bajo, y en las alcaldías B y C que pertenecen al estrato medio-alto. En el tramo de mujeres mayores de 80 años las coberturas más altas se registran en las alcaldías de mayores ingresos (CH y E) y en la G que pertenece al estrato medio-bajo (véase el cuadro III.28).

CUADRO III.28
MONTEVIDEO: COBERTURA DE PENSIONES DE SOBREVIVENCIA
PARA MUJERES ADULTAS MAYORES POR ALCALDÍA, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Alcaldía	65 a 79 años		80 años y más	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
A	5 900	46,3	2 900	62,2
B	4 500	45,0	3 100	61,3
C	6 200	46,6	3 900	60,7
CH	5 300	41,2	4 500	69,4
D	4 600	41,5	2 700	65,1
E	5 500	42,1	4 000	70,8
F	3 000	41,8	1 700	66,2
G	4 200	42,0	2 700	70,7
Total	39 100	43,5	25 600	65,7

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

En el cuadro III.29 se muestra que no existen grandes diferencias en la cobertura de la pensión de sobrevivencia por estratos socioeconómicos.

CUADRO III.29
MONTEVIDEO: COBERTURA DE PENSIONES DE SOBREVIVENCIA
PARA MUJERES ADULTAS MAYORES POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Estrato	65 a 79 años		80 años y más	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
Bajo	4 800	41,0	2 700	69,0
Medio-bajo	10 000	43,3	6 000	63,0
Medio-alto	14 100	45,0	9 600	66,2
Alto	10 200	42,8	7 400	66,1
Total	39 100	43,5	25 600	65,7

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

En el interior, la cobertura es similar a la de Montevideo para ambos tramos de edad. En términos de estratos socioeconómicos la diferencia más nítida se registra entre el Interior Norte, que posee los niveles más bajos de cobertura para ambos tramos de edad, y el Interior Sur, que registra los niveles más elevados (véase el cuadro III.30).

CUADRO III.30
INTERIOR: COBERTURA DE PENSIONES DE SOBREVIVENCIA PARA MUJERES
ADULTAS MAYORES POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Estrato	65 a 79 años		80 años y más	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
Periferia	7 400	45,0	3 700	62,8
Interior Norte	7 200	35,5	3 700	55,0
Interior Centro Norte	7 600	38,7	4 900	64,8
Interior Centro Sur	7 700	41,1	4 800	66,5
Interior Sur	13 400	42,4	8 600	68,2
Total	43 300	40,6	25 700	64,3

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

La pensión a la vejez la recibían un 67% de mujeres y un 33% de hombres para ambos tramos de edad en el año 2009. Los requisitos de acceso son muy restrictivos respecto de los ingresos que se evalúan del núcleo familiar y los familiares directos no convivientes. Por ello la cobertura es muy reducida, un 3,6% de los adultos mayores reciben esta prestación. El nivel es algo superior en el interior (véase el cuadro III.31).

CUADRO III.31
URUGUAY: COBERTURA DE LA PENSIÓN A LA VEJEZ PARA
ADULTOS MAYORES POR ÁREA GEOGRÁFICA, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Área geográfica	Número de personas	Porcentajes
Montevideo	4 100	2,0
Interior	12 500	4,8
Total	16 600	3,6

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

c. Prestaciones en especie: alimentación

El Instituto Nacional de Alimentación (INDA) brinda cobertura a los adultos mayores por medio del Programa Nacional de Complementación Alimentaria para Pensionistas a la Vejez y por Discapacidad (PNCA), que consiste en un complemento alimenticio a los ingresos percibidos por pensión a la vejez. Depende del INDA del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y acceden a él las personas beneficiarias de la pensión a la vejez. En caso de no retirar el complemento en un período de tres meses, se pierde el derecho al beneficio. En el año 2008, según datos del INDA, 36.313 pensionistas recibieron las canastas. No se cuenta con el dato específico de cuántos percibieron la prestación por ser beneficiarios de la pensión por vejez.

A su vez, existe para los adultos, así como se mencionó para la población infantil, la posibilidad de acceder al Sistema Nacional de Comedores (del INDA) donde se brinda asistencia alimentaria (con un almuerzo diario) a personas en situación de desventaja social. En la actualidad existen en Montevideo 10 comedores. En el interior del país, se ejecuta con el apoyo de las Intendencias Municipales y es responsabilidad de las comunas proveer las plantas físicas, el equipamiento y los recursos humanos. El programa tiene una población objetivo amplia, como por ejemplo, personas adultas mayores de 60 años en situación de indigencia o pobreza, es decir, con ingresos menores a 1.663 pesos. Una vez ingresado al programa, cada persona es portadora de una tarjeta identificatoria con sus datos personales, tipo de servicio y vigencia, que debe presentar cada vez que haga uso de este. Existen servicios gratuitos y servicios pagos a bajo costo. Las personas

jubiladas o pensionistas acceden al servicio pago del comedor. Los usuarios tienen derecho únicamente a una ingesta diaria por persona. El servicio es de lunes a viernes en Montevideo y de lunes a sábado en el interior del país. Según los datos del Repertorio acceden regularmente a los comedores 12.094 personas en total (no se distingue cuántos son adultos mayores).

Según la Encuesta Continua de Hogares de 2009 hay alrededor de 1.400 adultos mayores que acuden a comedores públicos. Las canastas de alimentación llegan a un número superior de adultos mayores (10.800), en mayor porcentaje en el interior del país. De todas formas, las cifras son muy reducidas: un 3,8% en el interior y un 0,5% en Montevideo (véase el cuadro III.32).

CUADRO III.32
URUGUAY: COBERTURA DE LAS CANASTAS DE ALIMENTACIÓN EN LOS
ADULTOS MAYORES POR ÁREA GEOGRÁFICA, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Área geográfica	Número de personas	Porcentajes
Montevideo	1 000	0,5
Interior	9 800	3,8
Total	10 800	2,4

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

De estas canastas, el 63% corresponde a canastas para pensionistas, el 24% a canastas que otorga el INDA y el resto se distribuye en diversas canastas (diabético, renal, renal-diabético, celíaco y oncológico, entre otras).

Por su parte, la tarjeta alimentaria, que no es un beneficio pensado para los adultos mayores sino para los hogares con niños y mujeres embarazadas en situación de vulnerabilidad social, la reciben 7.200 hogares de todo el país donde conviven adultos mayores. El porcentaje de cobertura también es muy reducido (1,5% del total de hogares con adultos mayores) y es algo superior para el interior del país (2%) (véase el cuadro III.33).

CUADRO III.33
URUGUAY: COBERTURA DE LA TARJETA ALIMENTARIA EN HOGARES CON
ADULTOS MAYORES POR ÁREA GEOGRÁFICA, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Área geográfica	Número de personas	Porcentajes
Montevideo	1 700	0,8
Interior	5 500	2,0
Total	7 200	1,5

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

d. Vivienda

Con respecto a la vivienda existe un programa del Banco de Previsión Social que busca mejorar la situación habitacional y calidad de vida de los jubilados y pensionistas de menores recursos, otorgándoles viviendas construidas por el Ministerio del ramo. También se entregan otras soluciones habitacionales que contemplan las necesidades de las personas mayores beneficiarias y las posibilidades inmobiliarias que ofrece cada localidad del país. Éstas comprenden subsidios de alquiler y cupos-camas en hogares de ancianos. Según información de Pugliese (2007), en septiembre de 2006 existían, bajo la órbita del BPS, 92 hogares de ancianos registrados con 2.938 usuarios. Actualmente los cupos-camas se están implementado para beneficiarios y aspirantes que ya ocupan viviendas del programa y a los que su condición física les impide valerse por sí mismos.

Luego de evaluada su discapacidad por un equipo técnico, se derivan a un hogar de ancianos sin fines de lucro que tenga convenio con el BPS.

Son beneficiarias del programa las personas que perciban una jubilación o pensión del BPS y no tengan ingresos que superen las 12 Unidades Reajustables (UR)³⁰ (se excluyen del cálculo las pensiones a la vejez, invalidez, las jubilaciones o pensiones a término y los subsidios transitorios por incapacidad parcial). En las localidades en que la oferta de viviendas supera la demanda se puede elevar el tope hasta 24 UR. Queda excluido todo jubilado y pensionista propietario, copropietario, usufructuario, titular de derechos de uso y habitación, promitente o titular de otros programas de vivienda, ya sean públicos o privados. Para el acceso a viviendas las personas deberán ser autoválidas, para otras soluciones habitacionales se incluye personas con discapacidades físicas y mentales. Según información del sitio web del BPS³¹, la cantidad de viviendas entregadas desde el inicio del programa (1990) a agosto de 2010 es de 5.764, 2.514 en Montevideo y 3.250 en el interior. A su vez, a agosto de 2010 existen 249 subsidios de alquiler en todo el país.

El Ministerio de Salud Pública ofrece también residencias (casas de salud u hogares de ancianos) y albergues.

Según información de Pugliese (2007), existen algunos centros diurnos en hogares de ancianos que tienen convenio con el BPS. A nivel internacional se recomienda la instalación de estos centros como una alternativa a la institucionalización y también para contribuir con las familias aliviándolas de algunas horas de cuidado durante el día. Sin embargo, la experiencia en el Uruguay no ha sido muy exitosa. En siete hogares de ancianos del departamento de Colonia y en cuatro hogares del departamento de Soriano funcionan centros diurnos, pero por diversas razones que no han sido estudiadas, las personas mayores no han mostrado interés en concurrir.

Por su parte, el Ministerio de Salud Pública cuenta con un centro diurno que funciona en el Hospital Centro Geriátrico Dr. Luis Piñeyro del Campo, con 45 plazas. La Intendencia Departamental de Montevideo cuenta con dos centros diurnos gratuitos para adultos mayores que están a cargo de la Secretaría para el Adulto Mayor. En este caso un ómnibus se encarga del traslado de los usuarios en la zona de Montevideo³². Se trabaja con grupos de aproximadamente 70 personas, en su gran mayoría mujeres³³. El perfil y condiciones de las personas que participan en el programa es: autoválidos, mayores de 60 años, por lo general con primaria completa, todos reciben algún tipo de ingresos, jubilación o pensión y viven solos o con un familiar (Batthyány, Alesina y Brunet, 2007).

Para reducir los costos de mantenimiento de las viviendas propias la Intendencia ha instrumentado un plan de exoneración parcial o total de la contribución inmobiliaria para jubilados y pensionistas. La exoneración es total si la suma de los ingresos del titular y su cónyuge es inferior a 9.720 pesos y el valor de la propiedad no supera los 341.000 pesos; y es parcial (50%) si el valor de la propiedad se ubica entre 341.000 y 511.601 pesos.

También existen programas específicos como el del Ministerio del Interior para que funcionarios y funcionarias policiales en actividad o retiro puedan acceder a una vivienda digna para ellos y su núcleo familiar. Este servicio brinda soporte en materiales de construcción en caso de situaciones críticas, asesoramiento y coordinación de soluciones habitacionales con el Ministerio de Vivienda y el Banco Hipotecario del Uruguay. Acceden a estas viviendas los inactivos por edad (jubilados y pensionistas) vinculados al servicio policial en condiciones habitacionales específicas como vivienda ruinosas, inquilino con lanzamiento y situación de calle,

³⁰ El valor de una UR a octubre de 2010 es de 468,65 pesos, o sea, 12 UR equivalen a 5.624,8 pesos.

³¹ Véase <<http://www.bps.gub.uy/Jubilados/DO/SolucionesHabitacionales.aspx?menu=DOJubilados>>.

³² Los Centros Comunales Zonales 6, 7 y 8 que cubren la zona este de Montevideo. Uno de los centros se ubica en Córdón y el otro en Parque Rivera (Carrasco).

³³ Ingresan alrededor de 40 personas por año y egresa prácticamente el mismo número.

entre otros. Según la información del Repertorio de Políticas Sociales de 2008 se han beneficiado de este programa 132 funcionarios.

e. Programa Adultos Mayores del Ministerio de Turismo y Deporte

El Ministerio de Turismo y Deporte contribuye con recreación y salud para los adultos mayores mediante un programa que tiene por objetivo orientar a las personas en la práctica diaria de actividades físicas y recreativas. Se hacen clases de educación física y actividades recreativas dirigidas a esta población en plazas de deportes del Ministerio en todo el país, pero no hay información sobre la cantidad de beneficiarios.

3. Servicios y prestaciones para personas con discapacidad

La matriz estatal que brinda servicios y prestaciones a las personas con discapacidad se limita a los servicios tradicionales de salud, educación, prestaciones de la seguridad social y, desde 1990, se desarrollan programas de formación para facilitar el acceso al empleo así como estrategias para incentivar su contratación en el Estado.

La Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado (CNHD) tiene a su cargo la elaboración, estudio, evaluación y aplicación de los planes de política nacional de promoción, desarrollo, rehabilitación e integración social de las personas con discapacidad³⁴. Dicha comisión se crea en el marco de la ley N° 16.095 (de octubre de 1989) que busca establecer un sistema de protección integral para las personas con discapacidad. Para ello la CNHD debe procurar la coordinación de la acción estatal en sus diversos servicios, además de promover acciones a nivel del Poder Ejecutivo y de los Gobiernos Departamentales.

Las actividades que se han llevado a cabo responden al objetivo de estimular la solidaridad social y brindar algunos servicios. En el Repertorio de Políticas Sociales se señala que dicha comisión otorga servicios de consultas gratuitas sobre asesoramiento legal, transporte adaptado para personas con movilidad reducida en Montevideo e información sobre instituciones de y para personas con discapacidad a nivel nacional.

El servicio de transporte “puerta a puerta” de la CNHD funciona de lunes a viernes de las 6 a las 20 horas y el traslado se debe solicitar telefónicamente con 24 horas de anticipación. El costo por traslado es de 70 pesos por persona y 20 pesos para su acompañante.

El costo del traslado a los centros de Salud Pública y Hospital de Clínicas es de 40 pesos. Para este servicio se debe presentar el carné de asistencia.

Desde la creación del Ministerio de Desarrollo Social en el año 2005 se instaló un Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS) cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, en especial de aquellas que se encuentran en situación de pobreza y exclusión social mediante acciones que promuevan su inclusión en la comunidad. Este programa, además de realizar políticas de transversalidad en el Estado sobre la temática de la discapacidad, brinda algunos servicios. En relación a los cuidados, se destaca el servicio telefónico de información sobre prestaciones y programas disponibles para las personas con discapacidad, al que se sumó la reciente aparición de la Guía Nacional de Recursos Sociales que brinda información sobre beneficios disponibles según características de la población (infancia, adultos mayores y discapacidad)³⁵.

³⁴ La CNHD se encuentra en la jurisdicción del Ministerio de Salud Pública y está integrada por representantes del Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Facultad de Medicina, Consejo Directivo Central (CODICEN), Congreso de Intendentes, Facultad de Odontología (ley 16.169), INAU (ley 17.296, artículo 546) y de las organizaciones de personas con discapacidad y otras instituciones relacionadas.

³⁵ Disponible en <<http://www.mides.gub.uy/mides/index.jsp>>.

a. Servicios de educación y cuidado para niños y niñas con discapacidad

i) Escuelas Especiales de la Administración Nacional de Educación Pública (de 5 a 15 años)

El programa promueve la educación mediante dos modalidades: escuelas especiales y talleres protegidos y ocupacionales. La población beneficiaria son niños, niñas y adolescentes con discapacidades motrices, intelectuales, sensoriales o trastornos severos de conducta. El diseño del programa es central y tiene cobertura a nivel nacional.

Las escuelas especiales se organizan en clases de hasta seis grados, luego los alumnos ingresan a áreas especializadas en actividades preocupacionales y ocupacionales, tanto en el marco de escuelas con atención específica como en escuelas comunes en las que se los integra al aula. Para ingresar a las escuelas especiales es necesario hacer un psicodiagnóstico del niño, niña o adolescente, que puede ser realizado en diversas instituciones internas o externas a la ANEP, siempre que estén validadas por esta institución. Las escuelas tienen un criterio de acceso por edad restringido a la franja de 5 a 15 años. Según datos del CEIP, en abril de 2010 había 7.702 matriculados, entre niños, niñas y adolescentes, de los cuales el 94% asiste a escuelas o clases para discapacidades intelectuales, el 5% para discapacidades auditivas y el 1% para discapacidades visuales (véase el cuadro A.2.5).

El 3,7% de los niños de 4 a 12 años presenta alguna limitación permanente según la Encuesta de Discapacidad del año 2004, lo que representa 14.700 niños y niñas, el 81% de ellos asiste a una escuela pública de primaria o inicial. Ese año unos 1.400 niños y niñas no asistieron a ningún centro educativo, lo que representa el 9,7% de los niños con alguna limitación permanente, mientras que para el total de niños de 4 a 12 años el porcentaje es de un 4,6%.

La asistencia a la escuela pública es algo superior en el interior (82,1%) que en Montevideo, aunque la diferencia entre ambas regiones es poco significativa (véase el cuadro III.34).

CUADRO III.34
COBERTURA DE LA ESCUELA PÚBLICA EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS CON DISCAPACIDAD SEGÚN
ÁREA GEOGRÁFICA (LOCALIDADES CON MÁS DE 5.000 HABITANTES), 2004
(En número de personas y porcentajes)

Área geográfica	Número de personas	Porcentajes
Montevideo	5 100	79,8
Interior	6 900	82,1
Total	12 000	81,1

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, septiembre de 2003 a agosto de 2004 del INE.

También existe en la ANEP el Programa Transporte Escolar dirigido a niños, niñas y adolescentes con discapacidad o que habitan en zonas alejadas del centro educativo (como áreas rurales). Según los datos del Repertorio en 2008 este programa tenía 90 beneficiarios.

ii) Centros de atención de niños y niñas con discapacidad intelectual o motriz del Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay

Los centros de atención a niños y niñas con discapacidad del INAU buscan potenciar el desarrollo de la autonomía y promover el desarrollo de su personalidad. Acceden a los centros

niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años con discapacidad intelectual o motriz, evaluados por el Centro de Estudio y Derivación del INAU o derivados de otros servicios del sistema del Instituto. El programa es coejecutado por el INAU, el INDA y la Intendencia de Montevideo, y tiene convenio con 39 organizaciones sin fines de lucro; es de alcance departamental (Montevideo) y tiene un diseño descentralizado con autonomía financiera. Se brindan más de dos prestaciones, entre ellas alimentación y vivienda para el caso de los hogares de habitación colectiva permanente. La cobertura actual según el Repertorio es de 365 niños, niñas y adolescentes.

b. Servicios de salud pública

En la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) existe el Programa SERENAR que apunta a mejorar —en todas las instituciones de salud pública del país— la prevención, detección y atención temprana de discapacidades en niños nacidos en situación de riesgo en su desarrollo neurocognitivo. Se enfoca a la detección precoz y al tratamiento de las alteraciones psiconeurosensoriales de los lactantes y al seguimiento sistemático del niño hasta los 6 años. Los beneficiarios son niños y niñas usuarios de la ASSE que presenten algunos de los indicadores de riesgo y si el médico tratante estima conveniente su derivación. Son muy relevantes también las acciones de prevención de la discapacidad infantil, ya que se concentra en los estratos de menores ingresos. Según los datos de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad de septiembre de 2003 a agosto de 2004, el porcentaje de niños de 0 a 12 años con discapacidad es muy superior en el primer quintil de ingresos per cápita del hogar. Se ubican en este quintil el 63% en Montevideo y el 74% en el interior del país, lo que es superior al porcentaje de niños con discapacidad en el resto de los quintiles (un 43% y un 64% respectivamente), es decir, un 4,3% de los niños de Montevideo y un 3,5% de los niños del interior, que pertenecen al primer quintil de ingresos, presentan alguna discapacidad y que el promedio general para ambas regiones es del 3%.

El BPS tiene un Programa de Especialidades y Malformaciones Congénitas en el marco de su Servicio Materno Infantil que atiende a los niños beneficiarios de las asignaciones familiares contributivas. El objetivo del programa es prestar tratamiento integral a los portadores de malformaciones congénitas y afecciones congénitas y es ejecutado por el Departamento de Especialidades Médico Quirúrgicas (DEMEQUI) que aborda el diagnóstico, registro, tratamiento y rehabilitación de los pacientes. Su diseño es central aunque tiene cobertura a nivel nacional durante todo el año y diariamente se atienden alrededor de 400 beneficiarios. Para acceder a este servicio los usuarios deben tener una edad inferior a los 14 años y una autorización de la repartición de prestaciones del BPS que los habilite a atenderse en los servicios DEMEQUI, tanto en Montevideo como en el interior.

También existen las ayudas especiales del BPS dirigidas a beneficiarios de asignaciones familiares contributivas y pensionistas por invalidez que buscan cubrir el costo de la cuota escolar, del instituto de rehabilitación o de la locomoción. Cuando el tratamiento médico exige el traslado del paciente desde el interior del país, los pasajes y alojamiento de este y de su acompañante son costeados por el BPS.

En Montevideo, la cobertura de salud pública de las personas con discapacidad y de aquellas que además requieren de ayuda para las tareas cotidianas es bastante similar (cerca del 43%). Según estrato socioeconómico, la cobertura es mayor en el estrato bajo en los casos de personas que necesitan de ayuda para las tareas cotidianas respecto del conjunto de personas con discapacidad y menor en los demás estratos (véase el cuadro III.35).

CUADRO III.35
MONTEVIDEO: COBERTURA DE SALUD PÚBLICA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2004
(En número de personas y porcentajes)

Estrato	Total de personas con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
Bajo	15 400	73,0	9 000	79,7
Medio-bajo	15 600	47,1	8 600	47,3
Medio-alto	12 200	35,4	5 700	33,7
Alto	3 200	16,1	1 800	16,5
Total	46 400	42,7	25 100	43,8

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, septiembre de 2003 a agosto de 2004 del INE.

En el interior del país, la cobertura de salud pública para las personas con discapacidad es sustancialmente superior que en Montevideo (un 72% respecto del 43%). Como se ilustra en el cuadro III.36, los niveles de cobertura pública de salud para personas con discapacidad o necesitadas de ayuda diaria son muy similares, en el Interior Norte y en el Interior Centro Norte se encuentran los mayores porcentajes de personas que recurren a estos servicios, puesto que ambas zonas presentan un nivel socioeconómico menor a las demás regiones.

CUADRO III.36
INTERIOR: COBERTURA DE SALUD PÚBLICA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO
(LOCALIDADES CON MÁS DE 5.000 HABITANTES), 2004
(En número de personas y porcentajes)

Estrato	Total de personas con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
Periferia	14 900	71,6	8 800	67,9
Interior Norte	10 300	79,1	7 400	80,0
Interior Centro Norte	18 700	81,2	11 900	82,3
Interior Centro Sur	18 100	68,2	8 800	71,7
Interior Sur	15 300	62,8	6 400	58,2
Total	77 300	71,7	43 300	72,2

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, septiembre de 2003 a agosto de 2004 del INE.

c. Prestaciones monetarias por discapacidad

Para los niños y adolescentes con discapacidad existe asignación familiar doble para los beneficiarios de la asignación familiar contributiva. Se mantienen los topes de ingreso para los trabajadores dependientes que deben ser inferiores a 10 BPC. Tienen derecho a la asignación de por vida, salvo que perciban pensión por invalidez, en cuyo caso si el beneficiario estudia, se mantiene hasta cumplir los 15 años.

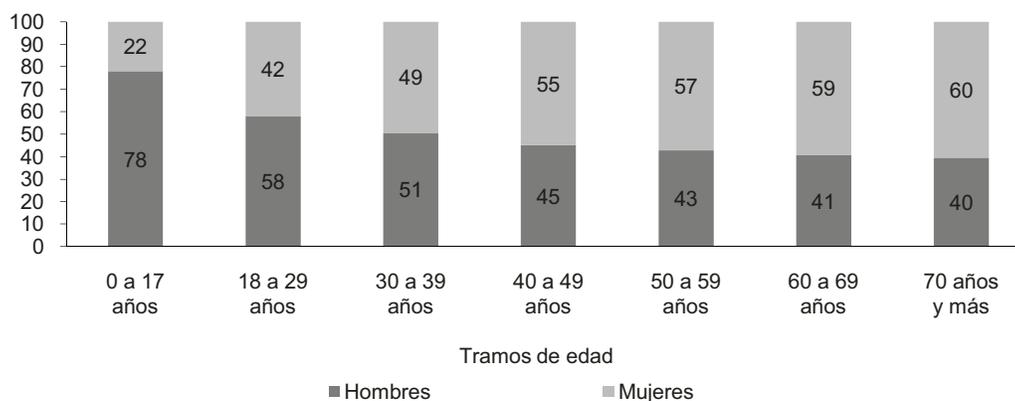
Por su parte, la asignación familiar del Plan de Equidad brinda una prestación de 1.000 pesos mensuales³⁶ a los niños con discapacidad de sectores en situación de vulnerabilidad económica y social.

³⁶ Los valores del beneficio están expresados en valores constantes al mes de enero de 2008. Se actualiza con la variación del IPC en las mismas oportunidades en que se ajusten las remuneraciones de los funcionarios públicos de la Administración Central.

Además, existe la pensión por invalidez del BPS para todas aquellas personas de cualquier edad que tengan algún tipo de discapacidad que sea considerada común o severa. Para acceder a la pensión se requiere tener un 66% de discapacidad o más, según el índice Baremo. La discapacidad debe ser confirmada por una junta médica del BPS y el beneficiario debe probar carencia de recursos o recursos mínimos propios y de sus familiares convivientes y no convivientes civilmente obligados a prestar ayuda. Al beneficiario con discapacidad severa³⁷ no se le realizará relevamiento de ingresos e inmuebles propios o de su núcleo familiar. Cuando la discapacidad es común pueden tener ingresos de actividad o jubilación común, siempre que dicho ingreso no supere en tres veces el monto de la pensión por invalidez que asciende a 4.288,57 pesos (a enero de 2010)³⁸.

Según los datos de la Encuesta Continua de Hogares 2009 del INE, las pensiones por invalidez se distribuyen en forma bastante similar según sexo (un 48,3% para hombres y un 51,7% para mujeres). De todas formas, se observa una diferencia significativa según tramos de edad donde el porcentaje de mujeres aumenta a medida que envejecen (véase el gráfico III.19).

GRÁFICO III.19
URUGUAY: ESTRUCTURA DE LAS PENSIONES POR INVALIDEZ POR TRAMOS DE EDAD SEGÚN SEXO, 2009
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

Es llamativo también que, del total de pensiones por invalidez, en los tramos de 30 a 49 años y de 60 a 69 años el porcentaje de pensiones es mayor, pero se reduce en las edades de 70 años y más (véase el cuadro III.37).

³⁷ De acuerdo a las pautas propuestas al respecto por el Área de Medicina Laboral del BPS, se entiende por Incapacidad Severa la existencia de limitaciones físicas o psíquicas en grado tal que se haga imprescindible la ayuda permanente de otras personas para realizar las actividades básicas de la vida: vestirse, desplazarse, alimentarse, efectuar su relacionamiento social en todos los órdenes, o similares. La existencia de la discapacidad severa será dictaminada y certificada por el Área de Medicina Laboral, como parte del trámite de reconocimiento de la incapacidad absoluta para todo trabajo (Santos, 2010).

³⁸ Los topes de ingresos para los familiares convivientes con el solicitante son: tres BPC si es el cónyuge, hijo o hermano casado y padres solos, dos BPC si es hijo o hermano soltero, y en caso de ser hijo o hermano casado con hijos menores o padres con hijos menores se le suma a su tope el 40% de la BPC por hijo menor. A su vez, en caso de tener a cargo menores o incapacitados de cualquier edad se le sumará un 40% de la BPC por cada uno. En caso de no convivir los familiares con el solicitante, los topes de ingresos establecidos serán ocho BPC para el o la cónyuge, 10 BPC para hijo o hermano soltero, hijo o hermano casado y padres solos. Al igual que en el caso anterior si estos familiares tienen hijos menores se suma al tope un 40% de la BPC por hijo menor. En enero de 2010, la BPC se ubica en 2.061 pesos.

CUADRO III.37
URUGUAY: PENSIONES POR INVALIDEZ SEGÚN SEXO Y TRAMOS DE EDAD, 2009
(En números y porcentajes)

Tramos de edad	Hombres	Mujeres	Total	Proporción en el total
0 a 17 años	1 700	---	2 200	5,7
18 a 29 años	4 300	2 800	7 100	15,6
30 a 39 años	3 900	3 500	7 400	17,8
40 a 49 años	3 000	3 500	6 500	16,9
50 a 59 años	2 400	3 200	5 600	15,1
60 a 69 años	2 700	3 700	6 400	18,4
70 años y más	1 500	1 900	3 400	10,5
Total	19 500	18 600	38 100	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

Nota: el dato obtenido a través del procesamiento de la ECH es significativamente inferior al que provee el BPS que asciende para diciembre de 2009 a 57145 beneficiarios, de los cuales 15231 perciben la pensión por discapacidad severa. La desagregación según sexo de las personas que perciben pensión con discapacidad severa es: 56% hombres y 44% mujeres. (Santos, 2010)

En la Encuesta de Discapacidad del año 2004 no se dispone de información desagregada respecto del tipo de pensión, por lo tanto el análisis se hizo considerando si cobra algún tipo de pensión por vejez, invalidez o sobrevivencia.

En Montevideo, cerca del 35% de las personas con discapacidad reciben una pensión, mientras que esa proporción es del 41,6% entre las que requieren de ayuda para hacer sus tareas cotidianas. La cobertura es más reducida en las alcaldías F y G, que pertenecen al estrato medio-bajo, y más elevada en las alcaldías C, CH y E, que pertenecen a los estratos medio-alto y alto (véase el cuadro III.38).

CUADRO III.38
MONTEVIDEO: COBERTURA DE LAS PENSIONES A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
SEGÚN ALCALDÍA, 2004
(En números y porcentajes)

Alcaldía	Total de personas con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
A	6 000	32,8	3 900	40,7
B	4 400	36,2	2 700	42,4
C	5 000	38,0	2 900	45,9
CH	5 100	38,8	3 700	49,0
D	5 800	34,9	3 900	41,9
E	5 300	40,9	3 200	46,5
F y G	6 100	26,8	3 500	31,5
Total	37 700	34,6	23 800	41,6

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, septiembre de 2003 a agosto de 2004 del INE.

Con respecto a los estratos socioeconómicos se confirma, la relación creciente entre la cobertura y el nivel socioeconómico, con la excepción del estrato medio-bajo para personas con discapacidad que precisan de ayuda cotidiana donde el porcentaje de cobertura es superior al promedio (véase el cuadro III.39).

CUADRO III.39
MONTEVIDEO: COBERTURA DE LAS PENSIONES A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2004
(En números y porcentajes)

Estrato	Total de personas con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
Bajo	4 900	23,2	3 300	29,0
Medio-bajo	12 100	36,6	8 100	44,9
Medio-alto	12 600	36,4	7 100	41,7
Alto	8 100	40,2	5 300	49,2
Total	37 700	34,6	23 800	41,6

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, septiembre de 2003 a agosto de 2004 del INE.

En el interior del país, la cobertura total es similar a la de Montevideo para ambos grupos discapacitados. A diferencia de la capital, donde la cobertura es inferior en la zona de mayor nivel socioeconómico, que es el Interior Sur, y elevada en el Interior Norte donde los niveles de pobreza son mayores. Nuevamente los niveles de cobertura de la Periferia son muy reducidos (véase el cuadro III.40).

CUADRO III.40
INTERIOR: COBERTURA DE LAS PENSIONES A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO
(LOCALIDADES CON MÁS DE 5.000 HABITANTES), 2004
(En números y porcentajes)

Estrato	Total de personas con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
Periferia	6 600	31,7	4 600	35,7
Interior Norte	5 400	41,6	4 400	48,0
Interior Centro Norte	8 800	38,2	6 100	42,3
Interior Centro Sur	10 200	38,7	6 200	50,7
Interior Sur	7 200	29,7	4 300	39,4
Total	38 200	35,5	25 600	42,9

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, septiembre de 2003 a agosto de 2004 del INE.

En casos de incapacidad incompleta existe el subsidio transitorio por incapacidad parcial del BPS que tiene como objetivo amparar económicamente, en forma transitoria, a toda persona con incapacidad absoluta y permanente para el empleo o profesión habitual. La prestación económica mensual es equivalente al 65% del sueldo básico jubilatorio. Para acceder al beneficio los trabajadores de hasta 25 años requieren un mínimo de 6 meses de actividad y los mayores de 25 un mínimo de 2 años. Esta prestación se entregará de acuerdo al grado de capacidad remanente y a la edad del afiliado por un plazo máximo de 3 años. Para el año 2008 esta transferencia monetaria benefició a 1.343 personas.

En caso de que la incapacidad sea total existe la jubilación del BPS, que entre sus prestaciones incluye la jubilación por incapacidad total y rentas permanentes para trabajadores rurales dependientes por accidente de trabajo o enfermedad profesional. Para acceder a la prestación se debe ser contribuyente de la seguridad social. Si la incapacidad sobreviene a causa u

oportunidad de trabajo no se necesita un mínimo de años, si no es así y es menor de 25 años se exige un mínimo de 6 meses de actividad y si es mayor un mínimo de 2 años. En caso de incapacidad sobrevenida luego del cese, se requiere un mínimo de 10 años de actividad, tiene que ser su única pasividad y debe probar residencia en el país desde la fecha de cese.

CUADRO III.41
URUGUAY: COBERTURA DE LAS JUBILACIONES EN PERSONAS
CON DISCAPACIDAD (LOCALIDADES CON MÁS DE 5.000 HABITANTES), 2004
(En porcentajes)

Tramos de edad	Hombres	Mujeres	Total
18 a 64	15,3	11,8	13,4
65 a 79	80,6	58,2	66,7
80 años y más	95,6	62,4	72,7
Total	51,3	42,1	45,8

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, septiembre de 2003 a agosto de 2004 del INE.

El 45,8% del total de personas con discapacidad recibe algún tipo de jubilación. Según franjas etarias se observa que solo un 13,4% de las personas menores de 65 años tiene alguna jubilación. Ese porcentaje se eleva al 66,7% en el caso de las personas de 65 a 79 años y al 72,7% en las mayores de 80. Pero se mantiene la diferencia que se registra para el conjunto de la población en ese tramo de edad donde las jubilaciones son más relevantes en los hombres que en las mujeres (véase el cuadro III.41).

Los niveles de cobertura para quienes padecen una discapacidad y para aquellos discapacitados que necesitan ayuda, mayores de 65 años, son bastante similares según alcaldía (véase el cuadro III.42).

CUADRO III.42
MONTEVIDEO: COBERTURA DE LAS JUBILACIONES EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD
MAYORES DE 65 AÑOS SEGÚN ALCALDÍA, 2004
(En números y porcentajes)

Alcaldía	Total de personas mayores con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
A	5 500	67,3	3 100	69,4
B	5 500	69,0	3 300	72,0
C	5 200	69,2	2 700	71,0
CH	6 300	66,9	3 800	67,4
D	5 100	67,7	3 400	67,4
E	5 400	67,8	2 900	61,9
F y G	7 100	70,0	4 000	69,7
Total	40 100	68,3	23 200	68,3

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, septiembre de 2003 a agosto de 2004 del INE.

En Montevideo, según nivel socioeconómico, la diferencia más notoria se da entre el estrato bajo y el alto, siendo la cobertura de las jubilaciones más elevada en el estrato bajo que en el alto (véase el cuadro III.43).

CUADRO III.43
MONTEVIDEO: COBERTURA DE LAS JUBILACIONES A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
MAYORES DE 65 AÑOS SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2004
(En números y porcentajes)

Estrato	Total de personas mayores con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
Bajo	5 500	71,4	3 200	72,0
Medio-bajo	11 100	67,2	7 100	68,1
Medio-alto	14 200	69,2	7 600	70,0
Alto	9 300	66,5	5 200	64,3
Total	40 100	68,3	23 100	68,3

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, septiembre de 2003 a agosto de 2004 del INE.

En el interior, la cobertura de las jubilaciones es levemente más elevada para el conjunto de personas con discapacidad que para aquellas que requieren de ayuda cotidiana (un 69,8% respecto del 66,3%). Esa relación también se verifica según estrato y la cobertura es más reducida para el Interior Norte y el Centro Norte que para el Interior Sur (véase el cuadro III.44); a la inversa de lo que sucedía con las pensiones.

CUADRO III.44
INTERIOR: COBERTURA DE LAS JUBILACIONES EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD
MAYORES DE 65 AÑOS SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO
(LOCALIDADES CON MÁS DE 5.000 HABITANTES), 2004
(En números y porcentajes)

Estrato	Total de personas mayores con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
Periferia	7 500	72,7	5 800	71,9
Interior Norte y Centro Norte	9 100	59,7	5 300	53,6
Interior Centro Sur	11 000	73,5	5 100	69,7
Interior Sur	8 300	76,0	4 400	75,6
Total	35 900	69,8	20 600	66,3

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, septiembre de 2003 a agosto de 2004 del INE.

d. Prestaciones en especie: canastas

Por una parte, existe el Programa de Apoyo a Enfermos Crónicos (PAEC) que tiene por objetivo contribuir a mejorar la situación alimentaria nutricional de personas con enfermedades crónicas en tratamiento, cuya situación socioeconómica es desfavorable, mediante la entrega mensual de un complemento alimentario. El programa tiene un diseño central y es coejecutado por el Ministerio del Trabajo y Seguridad social, el Ministerio de Salud Pública, la Administración Nacional de Educación Pública, el Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay y las 19 Intendencias Departamentales.

El beneficio está dirigido a personas sin distinción de edad que padezcan las siguientes patologías: renales y renales diabéticos (en etapa de hemodiálisis), celíacos, portadores de tuberculosis, portadores de HIV/SIDA, oncológicos (radio o quimioterapia), diabéticos (imposibilitados laboralmente) y otras patologías que invaliden para trabajar. En Montevideo, la distribución de canastas se hace mensualmente en cinco locales fijos y dos locales móviles que

tiene el INDA. En el interior, el enlace con el programa son las Intendencias Departamentales y su distribución se hace cada dos meses. Acceden al beneficio 6.758 personas.

A su vez, el Programa Nacional de Complementación Alimentaria para Pensionistas por Vejez e Invalidez entrega un complemento alimenticio, en caso de no retirarlo en un período de tres meses se pierde el derecho al beneficio. En el año 2008, según datos del INDA, 36.313 pensionistas recibieron las canastas.

Conforme a los datos de la ECH, el 34,3% de los pensionistas por invalidez reciben canasta de alimentación. Según tramos de edad, la proporción es algo superior en los tramos donde hay una proporción mayor de pensionistas por invalidez (30 a 39 años y 60 a 69 años) (véase el cuadro III.45).

CUADRO III.45
URUGUAY: COBERTURA DE LAS CANASTAS DE ALIMENTACIÓN
EN PERSONAS QUE RECIBEN LA PENSIÓN POR INVALIDEZ
SEGÚN TRAMOS DE EDAD, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Tramos de edad	Número de personas	Porcentajes
14 a 29	3 200	33,7
30 a 39	2 700	36,7
40 a 49	2 300	34,2
50 a 59	1 800	31,7
60 a 69	2 300	36,9
70 años y más	1 200	30,5
Total	13 500	34,3

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

Según área geográfica, la cobertura es muy inferior en Montevideo. Las áreas del interior que tienen, a su vez, mayor cobertura, son las de menor nivel socioeconómico —Interior Norte, Centro Norte y Centro Sur— (véase el cuadro III.46).

CUADRO III.46
URUGUAY: COBERTURA DE LAS CANASTAS DE ALIMENTACIÓN EN PERSONAS
QUE RECIBEN LA PENSIÓN POR INVALIDEZ SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA Y ESTRATO, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Área geográfica y estrato	Número de personas	Porcentajes
Montevideo	1 900	15,3
Periferia	1 300	33,2
Interior Norte	3 300	46,6
Interior Centro Norte	2 800	51,8
Interior Centro Sur	2 400	54,2
Interior Sur	1 800	29,6
Total	13 500	34,3

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

i) Programa Deporte para personas discapacitadas y programa de Educación física, recreación y deportes del Ministerio de Turismo y Deportes

El Programa Deporte para personas discapacitadas tiene como fin ofrecer la práctica deportiva a personas discapacitadas mediante la utilización de las plazas de deporte del Ministerio de Turismo y Deporte en todo el país. Su acceso no tiene criterios de distinción de edad ni socioeconómica. No se cuenta con información sobre la cantidad de personas beneficiarias. A su

vez, el programa Educación Física, Recreación y Deportes pretende fomentar por medio de actividades deportivas la participación y vinculación de las personas con discapacidad a su comunidad, principalmente de niños y jóvenes, con las actividades al aire libre, donde el elemento lúdico recreativo es el insumo principal de las actividades de campamento. El programa es coejecutado por el Consejo de Educación Primaria de la ANEP y asociaciones sin fines de lucro. El diseño del programa es central, pero tiene alcance a nivel nacional. Atiende específicamente a la población con discapacidad de 6 a 45 años. Tampoco se cuenta con información sobre la cantidad de personas beneficiarias.

ii) Servicios Sociales para personas con discapacidad del BPS

El programa se propone la integración social y laboral de las personas con discapacidad, promoviendo una efectiva equiparación de oportunidades y eliminación de barreras arquitectónicas. Las unidades receptoras del beneficio son instituciones sin fines de lucro que prestan servicios a personas con discapacidad. Para acceder al programa las instituciones sin fines de lucro que brindan servicios sociales a las personas con discapacidad deben firmar un convenio de colaboración interinstitucional con el BPS, además deben estar inscritas en el Registro Nacional de Instituciones. Este programa beneficia a 145 instituciones a nivel nacional. No se cuenta con un número aproximado de los beneficiarios indirectos del programa.

4. Resumen de la matriz estatal de protección social

CUADRO III.47
MATRIZ ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN EL URUGAY

Ciclo de vida	Servicios públicos	Prestaciones monetarias
Infancia	0 a 3 años Cuidado infantil: 16% Salud: 45%	
	4 a 12 años Inicial: 74,8% Primaria: 76,9% (TC 8%) Salud: 48,6% Comedores: 25,2% Canastas: 1,7%	
	0 a 12 años Otros programas de alimentación: 0,3% Tarjeta alimentaria: 13,2% de hogares	Asignación familiar: 64,4% de los hogares
Adulto mayor	65 a 79 años Salud: 41,9%	Jubilación: 63,9% Pensiones de sobrevivencia: 41,9% de mujeres.
	80 años y más Salud: 35,7%	Jubilación: 74,7% Pensión de sobrevivencia: 65,0% de mujeres.
	Más de 65 años Comedores: 0,3% Canastas: 2,4% Otros programas de alimentación: 0,2% Tarjeta alimentaria: 1,5% de hogares	Pensión a la vejez: 3,6%
Personas con discapacidad	Salud: 57,1% Escuela especial: 81%	- Jubilaciones (pob > 65): 69,0% Pensiones: 35,1% Asignación familiar: 18,8% de hogares en 2004
Personas con discapacidad y necesidad de ayuda	Salud: 58,3%	Jubilaciones (pob > 65): 67,3% Pensiones: 42,3% Asignación familiar: 13,1% de hogares en 2004

Fuente: Elaboración propia.

Según la información disponible sobre gasto público en el Observatorio Social del MIDES, en el año 2008 el gasto en salud ascendió a 30.076 millones de pesos y el gasto en educación inicial y primaria a 9.976 millones de pesos. Por otra parte, la información provista por el Banco de

Previsión Social sobre las prestaciones monetarias que brinda, para el mismo año, señala que el monto total de las jubilaciones fue de 28.222 millones de pesos, las pensiones de 9.469 millones de pesos (de las cuales 3.035 millones de pesos son por vejez e invalidez) y las asignaciones familiares de 2.679 millones de pesos.

D. El componente que aporta el sector privado al sistema de cuidados

Los servicios de cuidado que brinda el sector privado son los siguientes: servicio doméstico, servicios de guardería, colegios privados, cuidadoras de niños y de ancianos, servicios de compañía en hospital o domicilio y residencias de ancianos.

1. Servicio doméstico

El servicio doméstico es la modalidad de contratación para el cuidado del hogar y sus integrantes más antigua y más difundida en América Latina. Recién en el año 2006, las encuestas de hogares incluyeron la pregunta acerca de la contratación de servicio doméstico con frecuencia semanal y su modalidad: por hora, diario o “con cama”.

Según la ECH 2009, el 11% de los hogares contrata servicio doméstico, lo que equivale a 129.200 hogares. Este dato es consistente con el número de personas que declara realizar servicio doméstico (143.600).

Dos terceras partes del servicio doméstico es contratado por hora, un 28% es diario y una proporción muy reducida es “con cama”. Según estrato socioeconómico, la contratación de servicio doméstico es más relevante en el estrato alto de Montevideo (32,4%), y luego, en el estrato medio-alto de Montevideo (14,8%) y el Interior Sur (14%). A su vez, en el estrato alto el 35,1% de los hogares contrata servicio doméstico y en el estrato medio-alto lo contrata un 11,6% de los hogares.

CUADRO III.48
URUGUAY: DISTRIBUCIÓN DEL SERVICIO DOMÉSTICO ENTRE
LOS ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS Y EN EL INTERIOR DEL ESTRATO, 2009
(En porcentajes)

Región/estratos	Porcentaje en el total del país	Porcentaje en el estrato
Montevideo		
Bajo	1,2	1,7
Medio-bajo	4,5	4,4
Medio-alto	14,8	11,6
Alto	32,4	35,1
Interior		
Periferia	6,7	7,6
Interior Norte	8,9	8,8
Interior Centro Norte	8,7	9,4
Interior Centro Sur	8,9	9,8
Interior Sur	13,9	9,5
Total	100,0	11,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

En el interior del país, las proporciones son bastante similares según estrato, siendo más reducidos ambos porcentajes para la Periferia (véase el cuadro III.47).

Según modalidad del servicio, es claramente más relevante el servicio diario en el estrato alto de Montevideo y en los demás estratos de la capital la contratación por hora. En el interior, exceptuando la Periferia, es más importante en términos relativos la modalidad diaria (véase el cuadro III.48).

CUADRO III.49
URUGUAY: DISTRIBUCIÓN DEL SERVICIO DOMÉSTICO ENTRE
LOS ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS SEGÚN MODALIDAD, 2009
(En porcentajes)

Estratos	Diario y con cama	Por hora
Montevideo		
Bajo y Medio-bajo	3,7	6,7
Medio-alto	8,8	17,7
Alto	33,5	31,8
Interior		
Periferia	5,8	7,1
Interior Norte	11,8	7,5
Interior Centro Norte	10,9	7,6
Interior Centro Sur	11,1	7,8
Interior Sur	14,4	13,8
Total	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

En las encuestas de gastos e ingresos también se releva el consumo de servicio doméstico y, en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH 2005-2006), se distingue entre servicio doméstico con cama, sin cama, cuidado de niños y cuidado de adultos. En Salvador y Pradere (2010), se presenta esta información desagregada según hogares con niños de 0 a 4 años y de 5 a 12 años, o con adultos mayores de 65 años, y se encuentra que alrededor del 11% de los hogares con niños contrata servicio doméstico o cuidadoras de niños, el 12,5% de los hogares con adultos mayores contrata servicio doméstico sin cama, el 1,3% con cama y el 1,4% contrata cuidadores de adultos.

2. Guarderías y jardines privados (de 0 a 3 años)

CUADRO III.50
MONTEVIDEO: COBERTURA DE SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL
PRIVADOS POR ALCALDÍA, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Alcaldía	Número de personas	Porcentajes
A	1 600	12,4
B	1 800	37,0
C	2 400	34,2
CH	2 800	47,8
D	1 800	13,7
E	2 900	35,3
F	1 300	14,9
G	1 600	19,9
Total	16 200	23,6

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

Para los niños y niñas de 0 a 3 años, el sector brinda una oferta variada de servicios. La ECH 2009 recoge el dato respecto de aquellos que concurren a un servicio de cuidado infantil privado.

En Montevideo, cerca del 24% de los niños de 0 a 3 años asisten a un servicio de este tipo. Esa proporción es sustancialmente superior en la alcaldía CH que asciende casi al 50% y se mantiene elevada en las demás alcaldías que pertenecen al estrato alto o medio-alto: la alcaldía E (35,3%), la B (37%) y la C (34,2%) (véase el cuadro III.49).

Según estrato socioeconómico, en la capital del país se produce la relación inversa entre nivel de estrato y cobertura de servicios privados de cuidado infantil. En el estrato bajo la cobertura es del 7,5% y se eleva a 10 puntos porcentuales hasta llegar a cerca del 50% en el estrato alto (véase el cuadro III.50).

CUADRO III.51
MONTEVIDEO: COBERTURA DE SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL PRIVADOS
POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Estrato	Número de personas	Porcentajes
Bajo	1 600	7,5
Medio-bajo	3 600	18,5
Medio-alto	6 000	33,2
Alto	5 000	47,9
Total	16 200	23,6

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

En el interior del país, la cobertura del sector privado es sustancialmente más baja que en Montevideo (un 11,5% comparado con el 23,6%), a la inversa de lo que ocurría con la cobertura pública. Además, es más elevada en la Periferia (17,9%) que en el Interior Sur (12,7%) donde los ingresos son más altos. Es probable que esto responda a la alta tasa de actividad femenina que se verifica en la Periferia y la baja cobertura pública de servicios de cuidado infantil (véase el cuadro III.51).

CUADRO III.52
INTERIOR: COBERTURA DE SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL PRIVADOS
POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Estrato	Número de personas	Porcentajes
Periferia	3 900	17,9
Interior Norte	2 700	10,3
Interior Centro Norte	1 900	8,9
Interior Centro Sur	1 300	6,7
Interior Sur	3 900	12,7
Total	13 700	11,5

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

3. Cobertura del nivel inicial y primaria del sector privado (de 4 a 12 años)

La cobertura de la educación inicial privada tanto en Montevideo como en el interior es más alta que la primaria en instituciones privadas. Según alcaldía, en Montevideo tanto el nivel inicial como el primario es significativamente más alto en aquellas alcaldías de mayor nivel socioeconómico — CH, E, B y C— (véase el cuadro III.52).

CUADRO III.53
MONTEVIDEO: COBERTURA DE LA EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA
DEL SECTOR PRIVADO POR ALCALDÍA, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Alcaldía	Inicial		Primaria	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
A	1 200	16,8	2 500	10,3
B	1 300	52,2	2 700	39,7
C	1 800	50,6	4 700	35,8
CH	2 200	75,5	5 700	59,8
D	1 500	23,6	3 000	12,6
E	2 500	55,8	6 000	38,9
F	1 300	28,9	2 100	12,3
G	1 400	31,8	2 900	18,3
Total	13 300	37,7	29 600	23,4

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

Nota: Se imputó la distribución público y privada del año 2008 al año 2009, porque en la Encuesta Continua de Hogares 2009 no se incluyó la pregunta si asiste a institución pública o privada.

Según estrato socioeconómico, en la capital se confirma la mayor cobertura de ambos niveles de enseñanza (inicial y primaria) para los estratos altos y medios-altos. De todas formas, la cobertura privada para el nivel inicial del estrato medio-bajo es elevada (27,6%) (véase el cuadro III.53).

CUADRO III.54
MONTEVIDEO: COBERTURA DE LA EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA DEL SECTOR PRIVADO
POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Estrato	Inicial		Primaria	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
Bajo	1 800	17,7	3 500	9,4
Medio-bajo	2 800	27,6	5 800	15,0
Medio-alto	4 100	45,8	9 000	30,3
Alto	4 700	82,6	12 200	59,5
Total	13 300	37,7	29 600	23,4

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

Nota: Se imputó la distribución público y privada del año 2008 al año 2009 porque en la Encuesta Continua de Hogares 2009 no se incluyó la pregunta si asiste a institución pública o privada.

En el interior, la cobertura del sector privado es reducida tanto en el nivel inicial y el primario. Probablemente influya el hecho de que hay menos oferta, la menor actividad laboral femenina y las distintas jornadas laborales en sectores como el comercio y la administración pública (véase el cuadro III.54).

CUADRO III.55
INTERIOR: COBERTURA DE LA EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA
DEL SECTOR PRIVADO POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Estrato	Inicial		Primaria	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
Periferia	4 200	33,9	8 700	19,4
Interior Norte			1 800	3,6
Interior Centro Norte	2 800	7,9	2 800	5,9
Interior Centro Sur			2 500	6,6
Interior Sur	2 500	14,7	4 400	7,9
Total	9 300	14,6	19 900	8,5

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

Nota: Se imputó la distribución público y privada del año 2008 al año 2009 porque en la ECH 2009 no se incluyó la pregunta si asiste a institución pública o privada.

También existen escuelas especiales para niños y niñas con discapacidad del sector privado cuya cobertura es bastante reducida, 1.300 niños y niñas en el año 2009 (cifra sin desagregación) lo que representa el 14,4% del total de niños y niñas que en dicho año asistían a una escuela o clase especial.

4. Servicios privados de salud

a. Cobertura de salud privada para niños (de 0 a 12 años)

Cerca del 90% de la cobertura privada de salud de los niños y niñas de 0 a 12 años la proveen las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) por medio del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Desde la reforma del sistema de salud, los hijos de trabajadores y trabajadoras que aportan a la seguridad social tienen derecho a esta cobertura médica. El resto de la cobertura privada se compone, un 6% que accede por la vía del pago de la cuota mutual y un 4% abona los seguros médicos privados. En Montevideo, el sector privado acoge al 62% del total de niños y niñas de 0 a 12 años. El nivel de cobertura es muy similar para ambos tramos de edad (0 a 3 años y 4 a 12 años) según alcaldía. Al igual que en el resto de los servicios, la cobertura en las alcaldías de mayor nivel socioeconómico es significativamente superior, de un 95,5% y un 93,2% en la alcaldía CH, de un 81,8% y un 83% en la E, y tiene niveles similares entre un 78,3% y un 85,7% en las alcaldías B y C. De todas formas, en las alcaldías de estratos más bajos como la A y la D los niveles de cobertura del sector privado se ubican entre el 45,6% y el 50% (véase el cuadro III.55).

CUADRO III.56
MONTEVIDEO: COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS
PARA NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS SEGÚN ALCALDÍA, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Alcaldía	0 a 3 años		4 a 12 años	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
A	6 000	46,0	15 800	50,0
B	4 200	85,3	7 900	85,7
C	5 900	83,0	13 100	78,3
CH	5 600	95,5	11 500	93,2
D	6 000	45,6	14 100	46,8
E	6 600	81,8	16 500	83,0
F	3 800	44,8	10 400	48,2
G	4 100	51,8	11 500	56,9
Total	42 200	61,6	100 800	62,3

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

Según estrato socioeconómico se verifica claramente esa relación con una cobertura en el estrato bajo de un 38,2% y un 40,7% y en el alto de un 93% y un 95,8%, sin gran diferencia por tramos de edad (véase el cuadro III.56).

CUADRO III.57
MONTEVIDEO: COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS
PARA NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Estrato	0 a 3 años		4 a 12 años	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
Bajo	7 800	38,2	19 500	40,7
Medio-bajo	10 500	53,3	28 200	57,4
Medio-alto	13 900	77,2	28 800	74,6
Alto	10 000	95,8	24 300	93,0
Total	42 200	61,6	100 800	62,3

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

En el interior, la cobertura del sector privado es algo inferior que en Montevideo (un 50,5% y un 56,2% respecto del 61,6 y 62,3%).

CUADRO III.58
COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS
PARA NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, INTERIOR, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Estrato	0 a 3 años		4 a 12 años	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
Periferia	12 400	61,5	33 000	60,4
Interior Norte	9 800	42,3	22 900	38,0
Interior Centro Norte	10 500	51,0	22 000	40,0
Interior Centro Sur	9 800	52,7	22 900	48,5
Interior Sur	20 300	70,0	44 800	63,8
Total	62 800	56,2	145 600	50,5

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

Tampoco hay grandes diferencias por tramos de edad, excepto en el Interior Centro Norte y en el Interior Sur donde es superior la cobertura de 0 a 3 años respecto de la de 4 a 12 años. La cobertura privada es más elevada, a su vez, en la Periferia y el Interior Sur (véase el cuadro III.57).

Hay una mayor contratación adicional de servicios de emergencia móvil en Montevideo y en la primera infancia (de 0 a 3 años). En Montevideo es más elevada en el estrato alto y medio-alto en dicho tramo (un 37,9% y un 36,6% respectivamente). Pero, aún en los estratos bajos el porcentaje de cobertura es superior al de zonas de mayores ingresos del interior del país como el Interior Sur. En el interior es elevada la cobertura en la Periferia (un 18% de 0 a 3 años y un 11,9% de 4 a 12 años) (véase el cuadro III.58).

CUADRO III.59
URUGUAY: COBERTURA DE SERVICIOS DE EMERGENCIA MÓVIL
EN NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Estrato	0 a 3 años		4 a 12 años	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
Bajo	2 900	14,2	4 900	10,3
Medio-bajo	4 600	23,5	8 800	17,8
Medio-alto	6 600	36,6	11 300	29,3
Alto	4 000	37,9	10 300	39,4
TOTAL Montevideo	18 100	26,4	35 300	21,8
Periferia	3 900	18,0	6 800	11,9
Interior Norte	2 500	9,7	4 100	6,3
Interior Centro Norte y Centro Sur	2 600	6,4	5 000	4,7
Interior Sur	3 700	12,2	6 600	8,9
TOTAL Interior	12 700	10,8	22 500	7,4
TOTAL	30 800	17,1	57 800	12,7

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

b. Cobertura de salud privada para adultos mayores de 65 años

En el caso de los adultos mayores de 65 años, casi la totalidad de la cobertura privada de salud es provista por las IAMC, pero por medio de la contratación particular del servicio. Recién a partir del año 2008, se integran los jubilados y las jubiladas al sistema FONASA. Hasta ese momento solo tenían derecho a la cobertura privada mediante el BPS los jubilados de bajos recursos, quienes aún mantienen ese beneficio.

La cobertura privada en Montevideo es muy superior a la del interior (de un 70,9% y un 78,9% comparada con el 50,6% y el 54,4%). En los adultos mayores de 80 años la cobertura privada es, en ambas regiones, superior a la que registra la franja de 65 a 79 años. Según alcaldías, en Montevideo, las diferencias son bastante significativas entre aquellas de estrato alto y medio-alto y las de estrato bajo y medio-bajo. Para los mayores de 80 años las alcaldías B, C, CH y E tienen una cobertura entre el 86,6% y el 90,9%, mientras que en la alcaldía G (estrato medio-alto y medio-bajo) la cobertura es del 75,6% y en las A, D y F que son de estrato bajo y medio-bajo la cobertura privada va del 59,9% al 64,3%. Entre los adultos de 65 a 79 años la cobertura privada es muy alta en la alcaldía CH (91,4%), algo inferior en B, C y E (en torno al 80%) y claramente menor en la alcaldía A, D y F (entre el 53,3% y el 57%) y G (64,2%) (véase el cuadro III.59).

CUADRO III.60
MONTEVIDEO: COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS
PARA ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS SEGÚN ALCALDÍA, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Alcaldía	65 a 79 años		80 años y más	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
A	12 200	57,0	4 000	59,9
B	12 300	81,9	6 100	87,5
C	16 000	77,2	8 000	86,6
CH	18 500	91,4	8 000	90,9
D	9 900	53,3	3 800	64,3
E	17 200	81,3	6 900	87,3
F	6 600	54,4	2 300	60,5
G	10 500	64,2	3 900	75,6
Total	103 200	70,9	43 000	78,9

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

Según estratos socioeconómicos, se evidencia claramente la relación directa entre cobertura de los servicios de salud privada y nivel socioeconómico, profundizándose las diferencias entre tramos de edad cuando el estrato es más bajo (véase el cuadro III.60).

CUADRO III.61
MONTEVIDEO: COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS
PARA ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Estrato	65 a 79 años		80 años y más	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
Bajo	9 100	44,1	3 100	54,1
Medio-bajo	23 100	60,1	9 200	67,6
Medio-alto	37 000	75,2	16 400	83,0
Alto	34 000	91,1	14 300	92,9
Total	103 200	70,9	43 000	78,9

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

En el interior del país, la cobertura más elevada del sector privado se registra en el Interior Sur (un 62,5% y un 67%) y en la Periferia (un 54% y un 60,6%), y la cobertura más baja se presenta en el Interior Centro Norte (un 40,3% y un 42,6%) e Interior Norte (un 41,6% y un 46,9%) (véase el cuadro III.61).

CUADRO III.62
INTERIOR: COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS PARA ADULTOS MAYORES
DE 65 AÑOS SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Estrato	65 a 79 años		80 años y más	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
Periferia	14 700	54,0	5 300	60,6
Interior Norte	15 600	41,6	5 000	46,9
Interior Centro Norte	13 900	40,3	5 100	42,6
Interior Centro Sur	16 900	48,5	5 500	48,2
Interior Sur	35 800	62,5	12 700	67,0
Total	96 900	50,6	33 600	54,4

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

Por su parte, la cobertura de los servicios de emergencia móvil, contratados en forma particular, es también muy superior en Montevideo y, en ambas regiones, es mayor en el tramo de 80 años y más. Según estrato socioeconómico, en Montevideo las diferencias entre tramos de edad se amplían en los estratos más bajos. En el interior, la cobertura es considerablemente más elevada en la Periferia —un 43% y un 51%— y más reducida en el Interior Centro Sur —un 7% y un 15%— (véase el cuadro III.62).

CUADRO III.63
URUGUAY: COBERTURA DE SERVICIOS DE EMERGENCIA MÓVIL EN ADULTOS MAYORES
DE 65 AÑOS SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2009
(En número de personas y porcentajes)

Estrato	65 a 79 años		80 años y más	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
Bajo	8100	39.0	3400	58.1
Medio-bajo	20100	52.4	8700	63.8
Medio-alto	30400	61.9	13700	69.4
Alto	23400	62.8	11000	71.6
TOTAL Montevideo	82000	56.4	36800	67.4
Periferia	11700	42.6	4400	50.7
Interior Norte	6500	17.2	3600	33.4
Interior Centro Norte	7200	20.7	4000	33.2
Interior Centro Sur	2400	6.9	1700	14.8
Interior Sur	14000	24.2	7000	36.8
TOTAL Interior	41800	21.6	20700	33.4
TOTAL	123800	36.4	57500	50.0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

c. Cobertura de salud privada para personas con discapacidad

La cobertura de los servicios privados de salud para las personas discapacitadas evidencia diferencias importantes entre Montevideo —que presenta mayor cobertura— y el interior (un 56,3% y un 55,4% contra un 28,4% y 28,3% respectivamente). En Montevideo, las alcaldías que presentan mayor cobertura son las de mayor nivel socioeconómico (B, C, CH y E), y esta es aún mayor para quienes requieren ayuda diaria.

CUADRO III.64
MONTEVIDEO: COBERTURA DE SALUD PRIVADA
EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN ALCALDÍAS, 2004
(En número de personas y porcentajes)

Estrato	Total de personas con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
A	6 800	37,3	2 900	31,0
B	9 000	74,4	4 900	75,6
C	9 100	68,6	4 400	69,2
CH	10 900	83,1	6 300	84,0
D	6 600	39,6	3 500	38,0
E	8 800	67,7	5 000	72,4
G y F	10 200	45,0	4 700	41,6
Total	61 400	56,3	31 700	55,4

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, septiembre de 2003 a agosto de 2004 del INE.

Según nivel socioeconómico, se observa efectivamente que en los estratos bajo y medio-bajo la cobertura es en torno al 40% y aumenta de forma significativa en los siguientes estratos (véase el cuadro III.64).

CUADRO III.65
MONTEVIDEO: COBERTURA DE SALUD PRIVADA
EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2004
(En número de personas y porcentajes)

Estrato	Total de personas con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
Bajo y Medio-bajo	22 700	41,7	11 400	38,9
Medio-alto	21 700	62,9	11 000	64,4
Alto	17 000	84,6	9 300	85,8
Total	61 400	56,3	31 700	55,4

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, septiembre de 2003 a agosto de 2004 del INE.

En el interior del país, la región con mayor cobertura de salud privada es el Interior Sur (un 37,4% y un 41,2%), que posee mayor situación económica y el nivel más bajo se registra en el Interior Norte y en el Centro Norte (19,8% y 19,5) (véase el cuadro III.65).

CUADRO III.66
INTERIOR: COBERTURA DE SALUD PRIVADA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD
SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO (LOCALIDADES CON MÁS DE 5.000 HABITANTES), 2004
(En número de personas y porcentajes)

Estrato	Total de personas con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
Periferia	5 800	27,9	4 200	32,5
Interior Norte y Centro Norte	7 100	19,8	4 600	19,5
Interior Centro Sur	8 500	32,0	3 600	29,2
Interior Sur	9 100	37,4	4 500	41,2
Total	30 500	28,4	16 900	28,3

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, septiembre de 2003 a agosto de 2004 del INE.

La contratación de servicios de emergencia móvil oscila entre un 37,6% y un 40,3% y aumenta con la edad: se ubica por encima del 60% en las personas mayores de 80 años y apenas supera el 10% en los niños, niñas y adolescentes. La cobertura es bastante similar tanto en las personas con discapacidad como en aquellas que requieren de ayuda cotidiana (véase el cuadro III.66).

CUADRO III.67
URUGUAY: COBERTURA DE EMERGENCIA MÓVIL EN PERSONAS
CON DISCAPACIDAD SEGÚN TRAMOS DE EDAD, 2004

Tramos de edad	Total de personas con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
0 a 17	3 200	13,1	2 200	12,2
18 a 64	19 500	23,6	8 600	25,5
65 a 79	31 900	47,6	17 000	48,6
80 años y más	26 900	62,2	19 400	64,9
Total	81 500	37,6	47 200	40,3

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, septiembre de 2003 a agosto de 2004 del INE.

En Montevideo, la cobertura de los servicios de emergencia móvil es bastante superior a los del interior del país (un 54,8% y un 57,9% comparado con un 20,1% y un 23,5%). Según alcaldía, la cobertura es significativamente más elevada en las de mayor nivel socioeconómico (B, C, CH y E) y superior para las personas que requieren de ayuda. Mientras que en las de menor estrato (A y D), los porcentajes se ubican entre el 35,3% y el 39,1%, y en las alcaldías F y G (del estrato medio-bajo) se ubican entre el 40,4% y el 44,4% (véase el cuadro III.67).

CUADRO III.68
MONTEVIDEO: COBERTURA DE EMERGENCIA MÓVIL
EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN ALCALDÍA, 2004

Alcaldía	Total de personas con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
A	7 100	39,1	3 600	38,2
B	9 000	74,5	4 900	76,6
C	8 600	64,7	4 600	72,4
CH	11 000	83,7	6 700	89,3
D	5 800	35,3	3 600	38,2
E	8 700	66,7	5 000	72,6
F	4 600	41,0	2 300	40,4
G	4 900	42,6	2 500	44,4
Total	59 700	54,8	33 200	57,9

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, septiembre de 2003 a agosto de 2004 del INE.

En el cuadro III.68 se observan claramente esas diferencias según estrato socioeconómico, donde las personas con discapacidad del estrato alto tienen una cobertura mayor al 80% y las del estrato bajo se ubican en un 23,7% y un 25,8%.

CUADRO III.69
MONTEVIDEO: COBERTURA DE EMERGENCIA MÓVIL
EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2004

Estrato	Total de personas con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
Bajo	5 500	25,8	2 700	23,7
Medio-bajo	16 500	49,8	9 300	51,7
Medio-alto	21 500	62,3	11 800	69,1
Alto	16 200	80,8	9 400	86,5
Total	59 700	54,8	33 200	57,9

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, septiembre de 2003 a agosto de 2004 del INE.

En el interior del país, el nivel de cobertura más elevado se registra en la Periferia con el 27,6% para personas con discapacidad y el 35,1% para personas que además requieren ayuda para las tareas de la vida cotidiana. En el Interior Sur, que es la otra región con elevado poder adquisitivo la cobertura, es de un 22,1% y un 25,5% y en el resto del interior es inferior al 20%. En cada estrato el porcentaje de personas que contratan emergencia móvil es más elevado para quienes necesitan de ayuda diaria (véase el cuadro III.69).

CUADRO III.70
INTERIOR: COBERTURA DE EMERGENCIA MÓVIL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD
SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2004

Estrato	Total de personas con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
Periferia	5 800	27,6	4 600	35,1
Interior Norte y Centro Norte	6 700	18,5	4 500	18,8
Interior Centro Sur	3 900	14,6	2 300	18,5
Interior Sur	5 400	22,1	2 800	25,5
Total	21 800	20,1	14 200	23,5

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, septiembre de 2003 a agosto de 2004 del INE.

d. Los hogares de ancianos o casas de salud

No se dispone de información precisa sobre la cantidad de personas que reside en hogares de ancianos o casas de salud. Según Eugenia de Marco (2005, citada en Pugliese, 2007), entre el 5% y el 7% de los adultos mayores se encuentra alojado en instituciones de larga estancia, lo que se traduce en 25.000 personas. El 90% de ellas se encuentra en el sector privado con fines de lucro y el 10% en instituciones no lucrativas públicas y privadas. Según Huenchuan y Paredes (2006), sobre la base del conteo censal de 2004, el número de adultos mayores que residía en hogares colectivos (casas de salud) era superior a 13.000 personas. Según esa información, la tasa de crecimiento intercensal de la población alojada en estas instituciones se duplica cada década, ya que en el censo de 1996 eran 9.000 personas.

El Ministerio de Salud Pública es el encargado de reglamentar la provisión de servicios de alojamiento privado para adultos mayores, estableciendo los requisitos técnicos que deben cumplir los establecimientos privados que alojan ancianos y las normas necesarias para un control más efectivo y eficaz por parte del Ministerio de Salud Pública (según la ley 17.066 de 1999 y el decreto 320/999). Para esos efectos se crea una comisión honoraria que funciona en el marco del Ministerio de Salud Pública. Dicha comisión está integrada por cinco miembros, uno del Ministerio de Salud Pública, otro de la Facultad de Medicina (médico con posgrado en geriatría y gerontología), uno del Banco de Previsión Social, uno designado por los hogares privados sin fines de lucro y un representante de las asociaciones de jubilados y pensionistas.

No hay un registro de las residencias privadas con fines de lucro, por lo tanto se dificulta su control. Según Pugliese (2007), la forma de detectar residencias que no cumplen con las condiciones legales, o que en alguna medida abusan de los residentes, es fundamentalmente a partir de denuncias de familiares, vecinos, emergencias médicas u hospitales. A septiembre de 2006, se habían detectado 1.200 residencias (800 en Montevideo y 400 en el interior del país) que ofrecen a adultos mayores alojamiento permanente, alimentación y otros servicios que varían en función de la categoría de la institución y que se financian mediante un pago mensual del residente o su familia. Existen muy pocos centros diurnos gestionados por las ONG y las comunidades religiosas: uno en Florida y dos en Montevideo (Pugliese, 2007).

5. Los servicios de compañía en sanatorios y domicilio

Existen, además, una serie de servicios de acompañamiento y servicios de enfermería a domicilio o en instituciones de salud (sanatorios, hospitales u otros) que se han desarrollado como consecuencia de la menor disponibilidad familiar para hacer frente a las necesidades de cuidado. Estos servicios brindan la posibilidad de afiliarse y las dos terceras partes de sus socios en Montevideo son adultos mayores. También existen los cuidadores informales, es decir, personas contratadas en forma particular para el cuidado de ancianos y enfermos. Según Pugliese (2007), “si bien aún no hay estudios al respecto, es de conocimiento público la creciente participación de mujeres de niveles socioeconómicos bajos en tareas de cuidado de ancianos, en forma de trabajadoras por cuenta propia, que ofrecen su trabajo por remuneraciones muy bajas, en condiciones de informalidad y generalmente con largas jornadas laborales”. En general, es un servicio que está escasamente profesionalizado, siendo percibido socialmente en forma próxima al servicio doméstico (Pugliese, 2008).

Según los datos de la ENHA 2006, Amarante y Espino (2008) estiman que las cuidadoras de enfermos trabajan jornadas más largas que las cuidadoras de niños y del servicio doméstico, 44 horas semanales y con un ingreso de 37 pesos la hora en promedio. El 64% de estas mujeres es mayor de 44 años y hay un 15% que son mayores de 65 años. Su nivel educativo es bajo: el 47,4% tiene primaria y el 33,2% secundaria incompleta. Pugliese (2008) agrega el alto nivel de rotatividad del empleo en este sector, el escaso valor social y económico asociado a esta actividad, el desgaste psicológico y la inexistencia de descansos en los feriados, fines de semana, etc. Buena parte del personal estaría conformado por amas de casa, trabajadores con formación de enfermería y estudiantes.

Otro aspecto que señala Pugliese (2007) es que “muchos de estos empleadores están en condiciones de vulnerabilidad, tanto por su situación de envejecimiento o enfermedad, como por pertenecer a estratos sociales de mediano y bajo nivel socioeconómico, por lo que no tienen capacidad de pago suficiente para remunerar en forma justa a sus acompañantes, especialmente si las remuneraciones se traducen en valor-hora, teniendo en cuenta la gran cantidad de horas de trabajo diurnas y nocturnas”.

La información disponible sobre contratación de servicios de acompañamiento a domicilio corresponde a la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) aplicada en Montevideo en el año 2000³⁹.

Según esta encuesta, el 23,6% de la población mayor de 60 años de la capital contrataba esos servicios. Se evidenció una diferencia notoria de contratación del servicio por sexo: el 18,2% de los hombres comparado con el 26,5% de las mujeres (Aguirre y otras, 2006). Probablemente ello responda al hecho de que los hombres tienen, en general, una mujer que los cuide, mientras que las mujeres viven más tiempo y quedan solas.

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

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

³⁹ Esta encuesta fue promovida por la OPS para ser aplicada en las principales ciudades de la Argentina, Barbados, el Brasil, Cuba, México, Chile y el Uruguay, y contó con el apoyo financiero de la Organización Panamericana de la Salud, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Ministerio de Salud Pública (MSP) en el Uruguay.

CUADRO III.71
MONTEVIDEO: COBERTURA DE SERVICIOS DE ACOMPAÑANTE
SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2005-2006
(En número de hogares y porcentajes)

Estrato	Número de hogares	Porcentajes
Bajo y Medio-bajo	16 500	7,9
Medio-alto	26 400	17,5
Alto	22 000	19,8
Total	64 900	13,8

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2005-2006 del INE.

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

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

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

6. Resumen del componente privado del sistema de cuidados

CUADRO III.72
EL COMPONENTE PRIVADO DEL SISTEMA DE CUIDADOS EN EL URUGUAY

Ciclo de vida		Servicios privados
		- Servicio doméstico: 11% (hogares)
Infancia	0 a 3 años	- Cuidado infantil: 16,4% - Salud: 56,4% - Emergencia móvil: 17,1%
	4 a 12 años	- Inicial: 23,4% - Primaria: 14% - Salud: 53,3% - Emergencia móvil: 12,7%
	Adulto mayor	65 a 79 años
	80 años y más	- Salud: 66,4% - Emergencia móvil: 50,0%
Personas con discapacidad		- Salud: 42,4% - Emergencia móvil: 37,6%
Personas con discapacidad y necesidad de ayuda		- Salud: 41,5% - Emergencia móvil: 40,3%

Fuente: Elaboración propia.

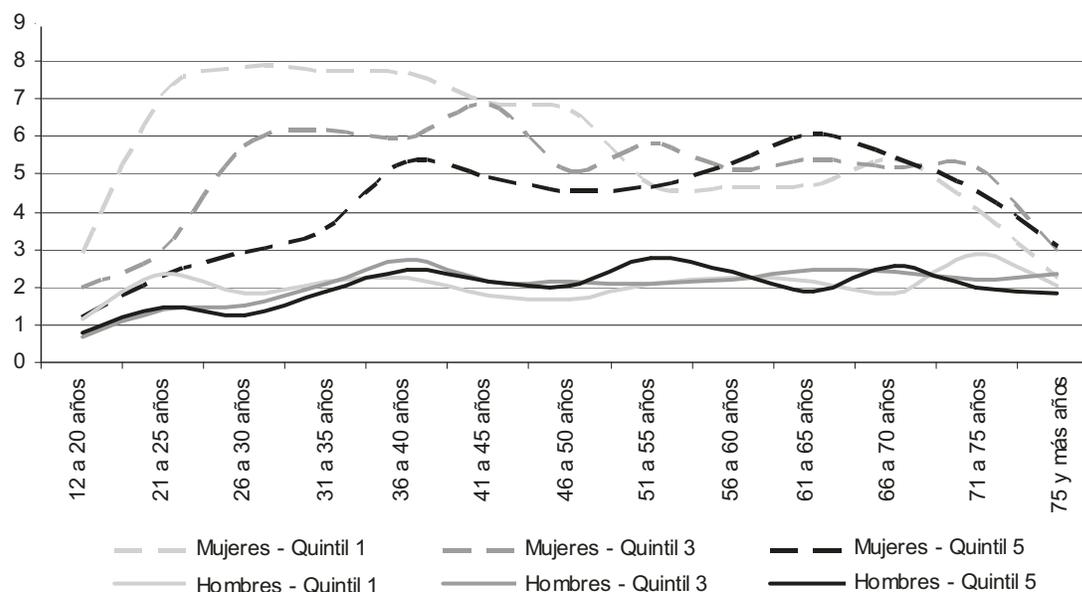
E. El componente que brindan las familias al sistema de cuidados

Las familias son las principales proveedoras de cuidado en el hogar tanto en las tareas domésticas como en el cuidado de los niños, niñas, adultos y enfermos. Dentro de ellas, históricamente han sido las mujeres —madres, hijas o abuelas— las que deben afrontar la mayor carga de cuidado.

Si se analiza el tiempo que destinan los hombres y las mujeres a lo largo de su vida y según quintil de ingresos per cápita del hogar al trabajo no remunerado, se evidencia que las mujeres no solo destinan más tiempo durante toda su vida, sino que hay períodos que se ven afectadas por la mayor demanda de cuidados, mientras los hombres no tienen el mismo comportamiento (véase el gráfico III.20).

En el cuidado de los niños y niñas y, en particular, de los más pequeños (de 0 a 3 años), quienes requieren más tiempo en términos relativos (39,4 horas semanales), las mujeres hacen el 60% de las tareas y sus parejas entre el 15 y el 20%. A su vez, según el análisis realizado por Batthyány las tareas que hacen hombres y mujeres son distintas: “las mujeres concentran su participación en tareas que requieren cotidianidad, sistematicidad, horarios (dar de comer, bañar, llevar a la institución educativa) mientras que los varones se concentran más en las tareas que no requieren dedicación diaria u horarios determinados, que son más flexibles en términos del ‘uso del tiempo’” (Batthyány, 2009, pág. 108).

GRÁFICO III.20
URUGUAY: PROMEDIO DE HORAS DIARIAS DE TRABAJO NO REMUNERADO
SEGÚN SEXO, EDAD Y QUINTIL DE INGRESOS PER CÁPITA DEL HOGAR, SEPTIEMBRE DE 2007
(Horas promedio diarias)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos del Módulo sobre Uso del Tiempo y Trabajo No Remunerado de la Encuesta Continua de Hogares, septiembre de 2007.

En el estudio realizado por Salvador (2009) se 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 de uno de sus miembros y el no remunerado del otro, mientras en sectores de altos ingresos, donde se contrata servicio doméstico con frecuencia diaria y la alta dedicación del hombre al trabajo remunerado (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 una muy alta carga global de trabajo (la suma de TNR y TR).

En ese mismo trabajo se analiza la configuración social del cuidado de los niños de 0 a 12 años y de los adultos mayores en función de su acceso a los servicios y prestaciones que provee el sector público y el sector privado. Del análisis se desprende que efectivamente los hogares de bajos ingresos tienen una dependencia mayor del sistema público de cuidados. En el caso de atención infantil ello incluye el acceso a los servicios de cuidado del sector público, la salud y las asignaciones familiares. Los hogares de ingresos medios son más dependientes de los servicios que provee el sector privado (salud, educación y emergencia móvil), pero con limitaciones ya que no acceden en gran medida al servicio doméstico con frecuencia semanal. En los hogares de ingresos medios-altos y altos (cuarto y quinto quintil), se accede casi exclusivamente a servicios del sector privado y se contrata servicio doméstico semanal por hora o diario.

Courtoisie, de León y Dodel (2010) investigan las estrategias de cuidado para niños y niñas de 0 a 2 años en hogares montevidéanos de estrato socioeconómico medio y encuentran tres tipos de configuración en la división de tareas de las parejas entrevistadas: i) el reparto de tareas y responsabilidades era mayor cuando los hombres tenían interés y disposición para ello y manifestaban su anhelo de ser padres y los beneficios afectivos que esto les traía, más allá de las limitaciones que impone; ii) luego, hogares con clara predominancia femenina en el mundo doméstico, a pesar de ser ambos profesionales y dedicar una carga similar de horas al trabajo remunerado; y iii) por último, los casos donde la mujer es la principal responsable en las tareas de cuidado y domésticas y la participación del hombre es considerablemente mayor en la planificación y en la realización. En estos hogares el único beneficio recibido del Estado para el cuidado de los más pequeños ha sido la reforma del sistema de salud.

Batthyány (2004) analiza también las estrategias de cuidado de madres de niños menores de 5 años en tres instituciones de Montevideo (la Intendencia Departamental de Montevideo, un banco del sector privado y una casa de créditos). En su mayoría los menores se llevan a una guardería o jardín —en parte del horario laboral— o permanecen en la casa, al cuidado de personal doméstico diario. En menor proporción los dejan en casa de un familiar o de una vecina. En algunos casos, cuando cuentan con los recursos económicos suficientes, optan por combinar la concurrencia durante algunas horas al jardín con el cuidado en el hogar a cargo de personal doméstico.

Hay estudios que demuestran que la asistencia a servicios de cuidado infantil se correlaciona con una mayor tasa de participación laboral femenina. En Batthyány, Cabrera y Scuro (2007), se evidencia que en el año 2006 la tasa de actividad de las mujeres, con hijos de 0 a 3 años que asisten a institución educativa, es del 78% y del 58% si no asisten. Salvador (2007), para el período 1990-2005, analiza la evolución de la inserción laboral femenina de hogares biparentales con niños y niñas de 0 a 5 años y encuentra que en el primer quintil de ingresos, solo un 30% de las cónyuges están ocupadas, mientras en el segundo quintil cerca del 60% de las mujeres están ocupadas y más de la mitad de sus niños y niñas (algo superior a los del primer quintil) no asisten a centros educativos, en tanto que en el tercer quintil de ingresos, el 75% están ocupadas y el 25% de sus hijos asisten a servicios del sector privado.

Por su parte, en Salvador (2009) se evidencia que en los hogares de bajos ingresos, que dependen de servicios y prestaciones del sector público, la división sexual del trabajo es mayor y predominan los hogares donde rige el modelo de proveedor tradicional (hombre ocupado y mujer inactiva o desempleada) o modelo de proveedor modificado (hombre ocupado a tiempo completo y mujer ocupada a tiempo parcial). A su vez, la jornada laboral de los hombres es muy extensa, lo que dificulta la conciliación y la división de tareas en el hogar. En los hogares con niños con discapacidad —mayoritariamente de bajos ingresos—, la dedicación al trabajo remunerado es reducida para los hombres y predomina el modelo de proveedor tradicional o el modificado. En los

hogares con ingresos medios, la inserción laboral de las mujeres es similar o menor a la del hombre, pero carga con mayor TNR. Este modelo se concentra en Montevideo, donde hay una mayor participación laboral de las mujeres pertenecientes a este estrato. En los hogares de ingresos medios-altos y altos, se conjuga una inserción laboral más igualitaria o de doble carrera, con la pauta tradicional que determina una mayor carga de TNR en las mujeres.

En relación con el cuidado de los adultos mayores, hay aproximadamente 62.000 personas que brindan cuidado a dependientes severos en forma no remunerada en el hogar, dos de cada tres son mujeres y un 50% se encuentra entre los 30 y los 59 años. El tiempo promedio que destinan a estas tareas de cuidado es 14,2 horas semanales. En el 54,9% de los casos son personas ocupadas o desocupadas y solo un 16,7% declara ocuparse exclusivamente de los quehaceres del hogar (Batthyány, 2009).

En Salvador (2009) se señala que un porcentaje reducido de hogares tiene una carga más elevada de cuidado a dependientes en el hogar (un 5,1% que equivale a 17.300 hogares). Se verifica también que en estos hogares el tiempo destinado al cuidado de personas dependientes es superior en los sectores de bajos ingresos, puesto que no contratan servicio doméstico. Un porcentaje muy reducido de estos hogares perciben ingresos por pensión de invalidez o vejez, y se ubican principalmente en el interior del país.

Batthyány, Alesina y Brunet (2007) investigan sobre estrategias de cuidado en hogares con adultos mayores y encuentran que hay cinco modalidades:

- 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 su vez cuida a los nietos, o “cuidadores por naturaleza” que asumen la tarea de cuidar a los adultos mayores como algo natural, vinculado a obligaciones de carácter moral o ético;
- cuando se contratan servicios de cuidadores para la atención en situaciones particulares (enfermedad o internación), o para la atención cotidiana (el caso del servicio doméstico);
- cuando existe cuidado informal externo al hogar brindado por vecinos, amigos, familiares no residentes, es un apoyo no estructurado para atender algunas necesidades como el pago de cuentas, mandados y recreación, entre otros;
- el autocuidado del adulto mayor y apoyo de las redes de pares; y
- los adultos mayores independientes que viven en hogares unipersonales y manifiestan no tener necesidad de cuidados. No se perciben a sí mismos como sujetos de cuidado.

Rodríguez y Rossel (2009) plantean que las necesidades de cuidado en la vejez son cubiertas esencialmente mediante la movilización de activos en el mercado y la familia. El mercado opera solo para sectores de mayores ingresos y la familia es el principal ámbito en que se resuelven las necesidades de cuidado. Los autores identifican como un grupo vulnerable a los adultos mayores que viven solos y tienen bajos ingresos, en particular aquellos que no tienen familia a la cual recurrir. También plantean dificultades para hacer uso de los servicios de salud por adultos que requieren apoyo y acompañamiento para hacer uso de estos. Otra dificultad es la escasez de ingresos para las mujeres que no hicieron los aportes correspondientes a la seguridad social, porque no trabajaron o porque tuvieron una inserción laboral intermitente.

1. Los determinantes del tiempo de trabajo no remunerado

Para analizar los principales determinantes del tiempo de trabajo no remunerado dedicado a los quehaceres domésticos, al cuidado infantil y al cuidado de dependientes se siguió la metodología empleada en Esquivel (2008). Se utilizan modelos Tobit que permiten trabajar con variables dependientes censuradas, lo que significa que la variable contiene una gran cantidad de ceros que sería el caso de las personas que declaran no realizar trabajo no remunerado.

Se construyeron tres modelos: i) uno para analizar las características de las personas y los hogares de quienes realizan los quehaceres domésticos; ii) otro para quienes declaran realizar cuidado infantil; y iii) para quienes realizan cuidado a dependientes. El propósito, además de identificar las características de las personas y los hogares de quienes realizan estos cuidados, fue determinar el vínculo entre el tiempo destinado a esta tarea y el acceso a servicios o prestaciones.

CUADRO III.73
URUGUAY: RESULTADO DE LA REGRESIÓN TOBIT DEL TIEMPO DE TRABAJO
NO REMUNERADO DEDICADO A LOS QUEHACERES DOMÉSTICOS, SEPTIEMBRE DE 2007

TNR Quehaceres domésticos	Coefficiente	Significación	Error estándar	Estadístico t
Hombre	-1,83	***	0,06	-30,56
Montevideo	-0,13	**	0,06	-2,34
Jefe	1,58	***	0,09	16,7
Cónyuge	2,63	***	0,11	24,44
Ocupado a tiempo parcial	-0,59	***	0,08	-7,53
Ocupado a tiempo completo	-1,42	***	0,08	-18,53
Ingreso personal	0,00	***	0,00	-3,16
Edad	0,14	***	0,01	16,42
Edad al cuadrado	0,00	***	0,00	-17,16
Niños de 0 a 12 años	0,19	***	0,07	2,76
Quintil 2	0,17	**	0,08	2,03
Quintil 3	0,30	***	0,09	3,52
Quintil 4	0,37	***	0,10	3,84
Quintil 5	0,41	***	0,12	3,36
Servicio doméstico diario	-1,20	***	0,14	-8,42
Servicio doméstico por hora	-0,33	***	0,11	-3,15
Lavarropa	-0,16	***	0,06	-2,69
Lavavajilla	-0,07		0,13	-0,55
Auto o moto	0,27	***	0,06	4,48
Recibe ayuda remunerada	-0,13		0,15	-0,9
Recibe ayuda no remunerada	-0,41	*	0,23	-1,76
Pareja sola	-0,65	***	0,11	-5,91
Biparental	-0,41	***	0,11	-3,73
Monoparental	0,38	***	0,12	3,21
Extendido o compuesto	-0,21	*	0,12	-1,77
Constante	0,16		0,17	0,92
Sigma	2,27		0,02	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos del módulo sobre uso del tiempo y trabajo no remunerado de la Encuesta Continua de Hogares, septiembre de 2007.

Nota: Estadísticamente significativa al 99%***; 95%**; 90%*.

Los resultados de la regresión referida al tiempo de trabajo no remunerado dedicado a los quehaceres domésticos muestra que quienes dedican menos tiempo a estas labores son efectivamente los hombres, quienes trabajan a tiempo completo y quienes tienen servicio doméstico diario en el hogar. Por su parte, las y los cónyuges son quienes tienen una carga superior. Luego que se consideran esas variables para explicar la carga del trabajo no remunerado dedicado a los quehaceres domésticos, los quintiles de ingreso de los hogares no tienen un efecto negativo en dicha carga. La presencia de niños de 0 a 12 años aumenta la carga de TNR dedicada a quehaceres domésticos, la que, a su vez, es mayor en los hogares monoparentales (véase el cuadro III.71).

Con respecto al tiempo de trabajo no remunerado dedicado al cuidado infantil los hombres dedican menos tiempo que las mujeres, pero no hay diferencia entre jefe o cónyuge. El incremento del tiempo es significativo con la edad del niño, siendo mayor para los hogares donde hay presencia de niños de 0 a 3 años que para aquellos con niños de 4 a 12 años. La concurrencia a guarderías públicas no es relevante para diferenciar el tiempo destinado a este cuidado, y en el caso de los servicios privados no se evidencia menor dedicación al cuidado infantil cuando los niños concurren a ellos. El quintil más alto de ingresos (quintil 5) determina una menor carga de cuidado infantil en relación con el quintil más bajo. Nuevamente el hecho de estar ocupado y más aún si la ocupación es a tiempo completo determina una menor dedicación (véase el cuadro III.72)

CUADRO III.74
URUGUAY: RESULTADO DE LA REGRESIÓN TOBIT DEL TIEMPO DE TRABAJO
NO REMUNERADO DEDICADO AL CUIDADO INFANTIL, SEPTIEMBRE DE 2007

Cuidado infantil	Coefficiente	Significación	Error estándar	Estadístico t
Hombre	-1,27	***	0,10	-12,7
Jefe	1,49	***	0,15	9,9
Cónyuge	1,47	***	0,16	9,18
Edad	0,06	***	0,02	2,98
Edad al cuadrado	0,00	***	0,00	-5,33
Ocupado a tiempo parcial	-0,06		0,11	-0,54
Ocupado a tiempo completo	-0,35	***	0,11	-3,09
Ingreso personal	0,00	***	0,00	3,21
Quintil 2	0,32	***	0,11	2,89
Quintil 3	0,26	**	0,12	2,09
Quintil 4	-0,07		0,13	-0,54
Quintil 5	-0,66	***	0,17	-3,88
Niños de 0 a 3 años	3,57	***	0,14	24,82
Niños de 4 a 21 años	3,04	***	0,11	28,24
Guardería pública	-0,25		0,27	-0,92
Guardería privada	0,37	*	0,22	1,67
Inicial y primaria privada	0,70	***	0,14	5
Constante	-4,29	***	0,35	-12,35
Sigma	2,37		0,08	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos del módulo sobre uso del tiempo y trabajo no remunerado de la Encuesta Continua de Hogares, septiembre de 2007.

Nota: Estadísticamente significativa al 99%***; 95%**; 90%*.

En el cuadro III.73 se presentan los resultados de la regresión Tobit cuando se analiza el tiempo de trabajo no remunerado dedicado al cuidado de dependientes. En este caso se agregó una relación de parentesco no incluida en los modelos anteriores, que considera si la persona que brinda el cuidado es hijo o hija que es positiva. La variable sexo muestra que los hombres dedican menos tiempo a esta tarea y en este caso las jefas y cónyuges tienen alta dedicación. El estar ocupado, la extensión de la

jornada laboral y los quintiles de ingreso no son variables significativas para diferenciar la carga de TNR dedicado al cuidado de dependientes. Sigue siendo importante la variable que identifica el ingreso personal de la persona que brinda la atención. La edad del adulto mayor es significativa, ya que el tiempo destinado a estos cuidados aumenta cuando es mayor de 80 años y cuando el hogar percibe alguna pensión por invalidez que indica que existe alguna persona con discapacidad.

CUADRO III.75
URUGUAY: RESULTADO DE LA REGRESIÓN TOBIT DEL TIEMPO DE TRABAJO
NO REMUNERADO DEDICADO AL CUIDADO A DEPENDIENTES, SEPTIEMBRE DE 2007

Cuidado a dependientes	Coefficiente	Significación	Error estándar	Estadístico t
Hombre	-0,89	**	0,37	-2,4
Jefe	2,49	***	0,66	3,78
Cónyuge	1,87	***	0,72	2,61
Hijo(a)	1,21	**	0,63	1,92
Edad	0,31	***	0,06	5,51
Edad al cuadrado	0,00	***	0,00	-6,04
Ocupado a tiempo parcial	0,15		0,41	0,36
Ocupado a tiempo completo	0,01		0,45	0,01
Ingreso personal	0,00	***	0,00	-2,65
Quintil 2	-0,55		0,42	-1,3
Quintil 3	-0,74	**	0,43	-1,69
Quintil 4	-0,42		0,50	-0,84
Quintil 5	-0,65		0,70	-0,92
Servicio doméstico diario	-0,09		0,78	-0,12
Servicio doméstico por hora	0,10		0,71	0,14
Adulto de 65 a 79 años	1,78	***	0,45	3,97
Adulto de 80 años y más	4,44	***	0,54	8,14
Ayuda a dependiente remunerada	4,53	***	0,79	5,77
Ayuda a dependiente no remunerada	5,59	***	0,78	7,16
Pensión por invalidez	3,71	***	0,53	6,97
2da. franja de prest. mon.	1,15	***	0,34	3,42
3ra. franja de prest. mon.	1,60	***	0,41	3,87
4ta. franja de prest. mon.	0,88	*	0,50	1,75
Pareja sola	5,54	***	2,16	2,56
Biparental	5,76	***	2,19	2,62
Monoparental	5,45	***	2,15	2,53
Extendido o compuesto	6,62	***	2,16	3,06
Constante	-23,56	***	3,00	-7,86
Sigma	4,44		0,34	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos del módulo sobre uso del tiempo y trabajo no remunerado de la Encuesta Continua de Hogares, septiembre de 2007.

Nota: Estadísticamente significativa al 99%***; 95%**; 90%*. Las franjas de las prestaciones monetarias se diferenciaron entre aquellas menores a 2.986 pesos, entre 2.987 y 4.680 pesos, entre 4.681 y 8.750 pesos y mayores de 8.751 pesos.

2. Resumen de la matriz del sistema de cuidados con todos sus componentes

Las siguientes tablas buscan resumir la cobertura pública y privada de los servicios que se brindan para contribuir con el cuidado de la población infantil, la población adulta mayor y la población con discapacidad. La información se presenta desagregada según área geográfica y a su interior se distinguen las alcaldías en Montevideo y los estratos socioeconómicos en Montevideo y el Interior.

CUADRO III.76
MATRIZ DEL SISTEMA DE CUIDADOS DE EL URUGUAY CON TODOS SUS COMPONENTES, SEGÚN ALCALDÍA Y ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS
(En porcentajes)

Montevideo: niños de 0 a 12 años Falta											
Alcaldías	Salud		Cuidado infantil		Educación inicial		Educación primaria		Comedores públicos	Tarjeta alimentaria (H)	Asignaciones familiares (H)
	Pública	Privada	Pública	Privada	Pública	Privada	Pública	Privada			
A	52,2	48,9	---	12,4	77,7	16,8	83,7	10,3	27,5	---	65,9
B	17,9	85,5	---	37	40,7	52,2	51,5	39,7	11	---	32,9
C	25,9	79,7	---	34,2	53,1	50,6	52,6	35,8	7,4	---	41
CH	9,4	93,9	---	47,8	27,6	75,5	28,1	59,8	2,9	---	21,3
D	57,4	46,4	---	13,7	71,8	23,6	81	12,6	25,7	---	73,6
E	19,9	82,6	---	35,3	49,1	55,8	47,2	38,9	7,8	---	33,3
F	55	47,3	---	14,9	69	28,9	83,2	12,3	31	---	73,4
G	45,3	55,5	---	19,9	63	31,8	72,9	18,3	18,6	---	62,3
Total	40,5	62,1	---	23,6	60,3	37,7	68,2	23,4	19,1	---	54,7

Estratos	Salud		Cuidado infantil		Educación inicial		Educación primaria		Comedores públicos	Tarjeta alimentaria (H)	Asignaciones familiares (H)
	Pública	Privada	Pública	Privada	Pública	Privada	Pública	Privada			
Bajo	61,5	40	19,6	7,5	80	17,7	84,6	9,4	33,7	18,4	75,4
Medio-bajo	45,7	56,3	13,2	18,5	66,8	27,6	78	15	20,6	12	65
Medio-alto		75,4	8,5	33,2	50,1	45,8	60,1	30,3			45,1
Alto	21,4	93,8	4,9	47,9	25,4	82,6	26,9	59,5	7,2	3,2	19
Total	40,5	62,1	12,6	23,6	60,3	37,7	68,2	23,4	19,1	9,8	54,7

Interior: niños de 0 a 12 años											
Estratos	Salud		Cuidado infantil		Educación inicial		Educación primaria		Comedores públicos	Tarjeta alimentaria (H)	Asignaciones familiares (H)
	Pública	Privada	Pública	Privada	Pública	Privada	Pública	Privada			
Periferia	44,1	57,2	12,5	17,9	65,4	33,9	73,4	19,4	20,2	12,4	62,4
Interior Norte	64,5	36,2	20,6	10,3	91,2	7,9	87,7	3,6	40,2	23,5	76,5
Interior Centro Norte	61,6	39,8	26,9	8,9	85,8		84,5	5,9	32,1	18,7	74,6
Interior Centro Sur	53	48,5	19,3	6,7	90,9		81,5	6,6	29,2	14,4	73,3
Interior Sur	38,7	62,7	14	12,7	85,5	14,7	81,6	7,9	23,1	8,7	66,5
Total	52	49,3	18,4	11,5	83,7	14,6	82,1	8,4	28,9	15,3	70,5

Fuente: Elaboración propia.

Notas: en general los datos están expresados en porcentaje sobre el total de la población respectiva. Se distinguen con la letra H los datos que refieren al porcentaje de hogares.

Los casilleros con "----" indican que la cantidad de casos de la encuesta es insuficiente, por lo cual no se puede calcular el porcentaje correspondiente.

Respecto a los servicios y prestaciones que ofrecen los sectores público y privado para atender el cuidado de la población infantil se observa una clara segregación por estrato socioeconómico, básicamente de la cobertura de los servicios de salud pública y educación inicial, siendo algo menor en el caso de la enseñanza primaria. Se evidencia el importante déficit de los servicios de cuidado infantil (dirigidos a niños de 0 a 3 años de edad) con una mayor cobertura pública en el Interior y privada en Montevideo. Por su parte, las prestaciones alimentarias (comedores y tarjeta alimentaria) tienen una muy baja cobertura y están destinadas claramente a la población de muy bajos recursos. No se incluyó en la tabla el dato del porcentaje de hogares con niños de 0 a 12 años que reciben canastas de alimentos porque es muy reducido (1,7%) y apenas se puede desagregar por región (0,8% en Montevideo y 2,3% en el Interior). Las asignaciones familiares tienen también una mayor relevancia para los sectores de menores recursos pero su cobertura es muy superior, siendo más elevada en el Interior que en Montevideo. Por su parte, el impacto de la deducción en el IRPF a personas con hijos para compensar los gastos de educación, alimentación, vivienda y salud es muy reducido (en promedio es menor a 300 pesos mensuales).

CUADRO III.77
MATRIZ DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA ADULTOS MAYORES, SEGÚN ALCALDÍA DE MONTEVIDEO
Y ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS
(En porcentajes)

Alcaldías	Montevideo: adultos mayores de 65 años			
	Salud		Jubilaciones	Pensiones de sobrevivencia (sobre el total de mujeres)
	Pública	Privada		
A	43,6	57,7	68,1	51,2
B	18,8	83,7	70,3	50,9
C	21,2	80,1	70,0	51,3
CH	11,7	91,3	68,2	50,9
D	43,2	56	61,5	48,2
E	20,7	82,9	66,4	51,1
F	44,3	55,8	61,5	48,4
G	34,5	67	65,1	50,2
Total	28,6	73,1	66,7	50,4

Estratos	Montevideo: adultos mayores de 65 años			
	Salud		Jubilaciones	Pensiones de sobrevivencia (sobre el total de mujeres)
	Pública	Privada		
Bajo	53,9	46,3	60,6	48,3
Medio-bajo	38,8	62,1	67,1	49,3
Medio-alto	24,7	77,4	68,7	52,0
Alto	11,2	91,6	66,9	50,6
Total	28,6	73,1	66,7	50,4

Estratos	Interior: adultos mayores de 65 años			
	Salud		Jubilaciones	Pensiones de sobrevivencia (sobre el total de mujeres)
	Pública	Privada		
Periferia	45,8	55,5	61,5	49,5
Interior Norte	58,6	42,7	57,6	40,1
Interior Centro Norte	59,9	40,8	64,9	45,7
Interior Centro Sur	53,3	48,5	71,9	48,1
Interior Sur	37,3	63,6	72,1	49,6
Total	49,6	51,5	66,5	46,9

Fuente: Elaboración propia.

Para los adultos mayores de 65 años la cobertura de la salud privada es muy elevada en Montevideo respecto al Interior y está claramente segregada según estrato socioeconómico en ambas

regiones del país. Las prestaciones monetarias contributivas de la seguridad social (las jubilaciones y pensiones de sobrevivencia) tienen una cobertura significativa para los distintos estratos. La proporción de adultos mayores cubiertos por pensión a la vejez es muy reducida (3,6%) por eso no se incluye en esta matriz. Dicha prestación es no contributiva y exige, para su acceso, demostrar insuficiencia de ingresos del beneficiario y su núcleo familiar. También hay prestaciones alimentarias para esta población (como los comedores, las canastas de alimentos, la tarjeta alimentaria y otros programas de alimentación) que abarcan a un porcentaje muy reducido de esta población. Sólo 0,3% de los adultos mayores concurren a comedor público, 2,4% percibe canastas, 0,2% participa en otros programas de alimentación y 1,5% vive en hogares que poseen la tarjeta alimentaria

CUADRO III.78
MATRIZ DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD,
SEGÚN ALCALDÍA DE MONTEVIDEO Y ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS
(En porcentajes)

Montevideo: personas con discapacidad				
Alcaldías	Salud		Jubilación	Pensión
	Pública	Privada		
A	62,2	37,3	69,4	40,7
B	22,4	74,4	72,0	42,4
C	30,6	68,6	71,0	45,9
CH	17,9	83,1	67,4	49,0
D	60,2	39,6	67,4	41,9
E	31,1	67,7	61,9	46,5
F	60,2	45,0	69,7	31,5
G	46,0			
Total	42,7	56,3	68,3	42,3
Montevideo: personas con discapacidad y necesidad de ayuda				
Estratos	Salud		Jubilación (pob > 65)	Pensión
	Pública	Privada		
Bajo	79,7	38,9	72,0	29,0
Medio-bajo	47,3		68,1	44,9
Medio-alto	33,7	64,4	70,0	41,7
Alto	16,5	85,8	64,3	49,2
Total	43,8	55,4	68,3	41,6
Interior: personas con discapacidad y necesidad de ayuda				
Estratos	Salud		Jubilación (pob > 65)	Pensión
	Pública	Privada		
Periferia	67,9	32,5	71,9	35,7
Interior Norte	80,0			48,0
Interior Centro Norte	82,3	19,5	53,6	42,3
Interior Centro Sur	71,7	29,2	69,7	50,7
Interior Sur	58,2	41,2	75,6	39,4
Total	72,2	28,3	66,3	42,9

Fuente: Elaboración propia.

En el caso de la población con discapacidad y necesidad de ayuda de otra persona para las tareas diarias, la cobertura de los servicios de salud pública y privada están claramente diferenciados según región geográfica y estrato socioeconómico. La atención pública siempre es

superior en los estratos de menores ingresos y en el Interior es significativamente superior respecto a Montevideo (72,2% respecto a 43,8%).

La cobertura de las jubilaciones para personas adultas mayores con discapacidad es elevada (cerca del 70%) y similar al del conjunto de personas adultas mayores. Además, no se verifican diferencias importantes según estrato socioeconómico y área geográfica. Las pensiones, por su parte, tienen una cobertura bastante reducida de la población con discapacidad y necesidad de ayuda (apenas superior al 40%). A su vez, de las personas que reciben pensión por invalidez el 34,3% recibe canastas de alimentación.

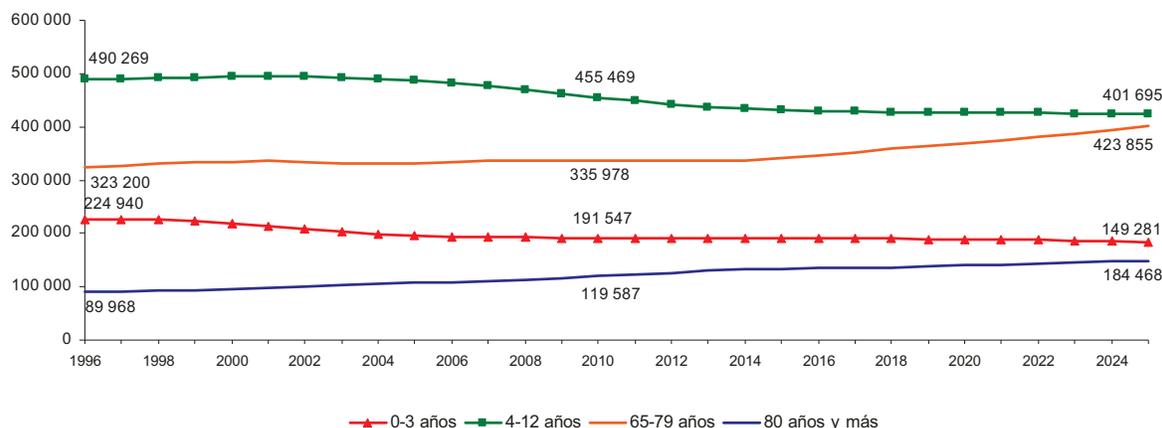
En el caso de los niños la concurrencia a la escuela pública entre aquellos de 4 a 12 años con discapacidad ronda el 81% siendo muy similar en Montevideo y el Interior (80% y 82% respectivamente). Existen escuelas especiales para niños con discapacidad del sector privado pero su cobertura es muy reducida (1.300 niños en el año 2009 que es el 14,4% de los niños que asistían a escuela o clase especial). También, existe un Programa de Transporte Escolar que cubre muy pocos beneficiarios (90 en todo el país) y centros de atención a niños y adolescentes con discapacidad del INAU que abarcaba, en el año 2008, a 365 niños y adolescentes.

El servicio doméstico que contribuye con los cuidados del hogar y las personas abarca al 11% de los hogares uruguayos. La modalidad más difundida es la contratación por hora (dos tercios), 28% es diario y una proporción muy reducida es “con cama”. Este servicio está altamente concentrado en el estrato alto de Montevideo (32,4%), le sigue el estrato medio-alto y el Interior Sur. A su vez, el 11% de los hogares con niños contrata servicio doméstico o cuidadoras de niños, y 12,5% de los hogares con adultos mayores contrata servicio doméstico diario o por hora, 1,3% contrata servicio doméstico con cama y 1,4% contrata cuidadores de adultos.

F. Proyecciones de la población destinataria para los próximos 20 años

Según las proyecciones de población del INE, en el año 2025 la población adulta mayor se habrá incrementado mientras que la infantil se reducirá. La población adulta mayor pasaría de 456.500 (en 2010) a 551.000 y la población infantil de 647.000 a 608.300 (véase el gráfico III.21).

GRÁFICO III.21
URUGUAY: PROYECCIONES DE POBLACIÓN
POR TRAMOS DE EDAD, 1996-2025
(En número de personas)

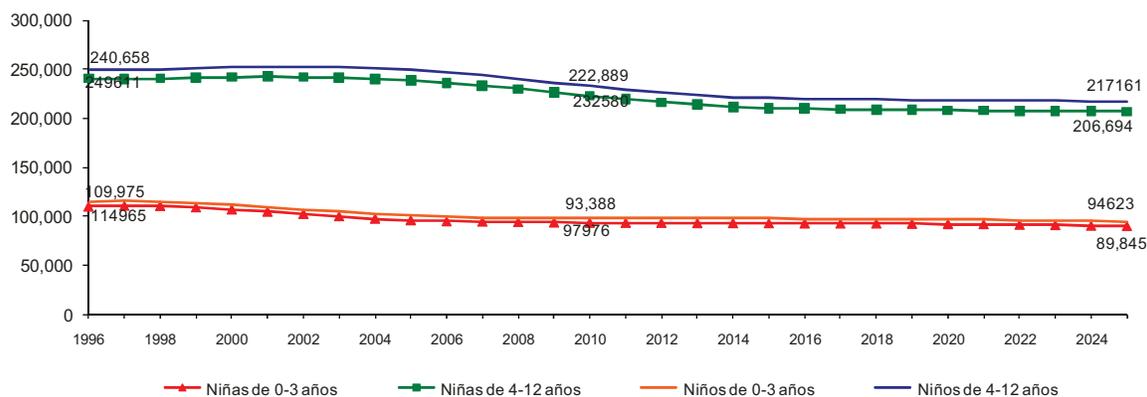


Fuente: Elaboración propia sobre la base de las proyecciones de población del INE.

En la población adulta mayor la expansión es superior en el tramo de más edad (80 años y más) que se incrementa en un 25% respecto del 19% de la población de 65 a 79 años. En el caso de la población infantil, el tramo de 4 a 12 años se reduce en mayor proporción que el de 0 a 3 años (7 puntos porcentuales respecto de 3,7 puntos porcentuales).

Si se hace el análisis según sexo se encuentra que en la población infantil la proyección de población es similar para ambos sexos, pero en la población adulta mayor hay diferencias significativas (véanse los gráficos III.22 y III.23).

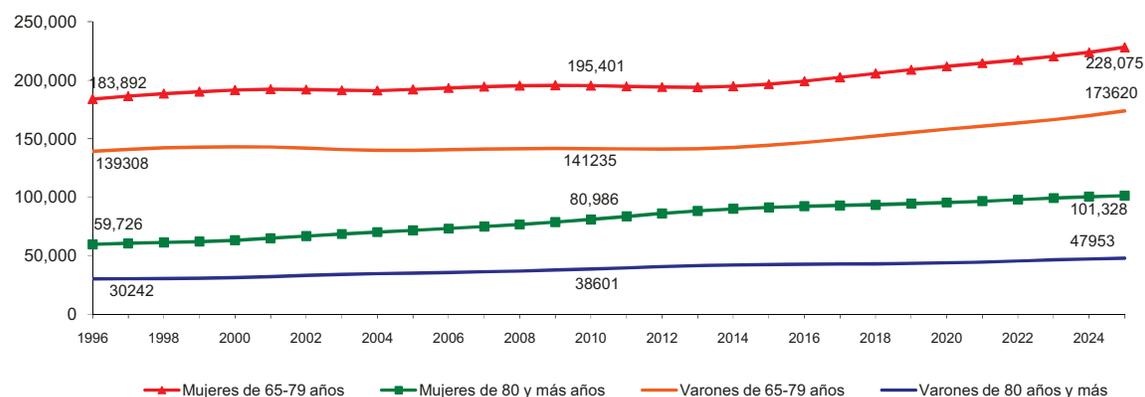
GRÁFICO III.22
URUGUAY: PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN INFANTIL
POR TRAMOS DE EDAD SEGÚN SEXO, 1996-2025
(En número de personas)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de las proyecciones de población del INE.

Las mujeres tienen un incremento del 25% en la población mayor de 80 años y los hombres registran un crecimiento superior en el tramo de 65 a 79 años (22%).

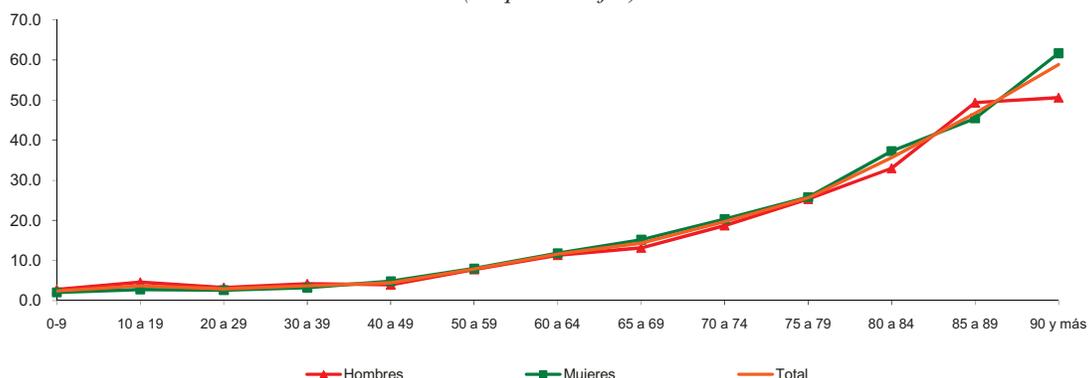
GRÁFICO III.23
URUGUAY: PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR
POR TRAMOS DE EDAD SEGÚN SEXO, 1996-2025
(En número de personas)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de las proyecciones de población del INE.

La proporción de personas con discapacidad aumenta en forma notoria a partir de los 60 años y es similar según sexo. La diferencia más importante se registra luego de los 85 años, donde la proporción de personas con discapacidad supera el 50% (véase el gráfico III.24).

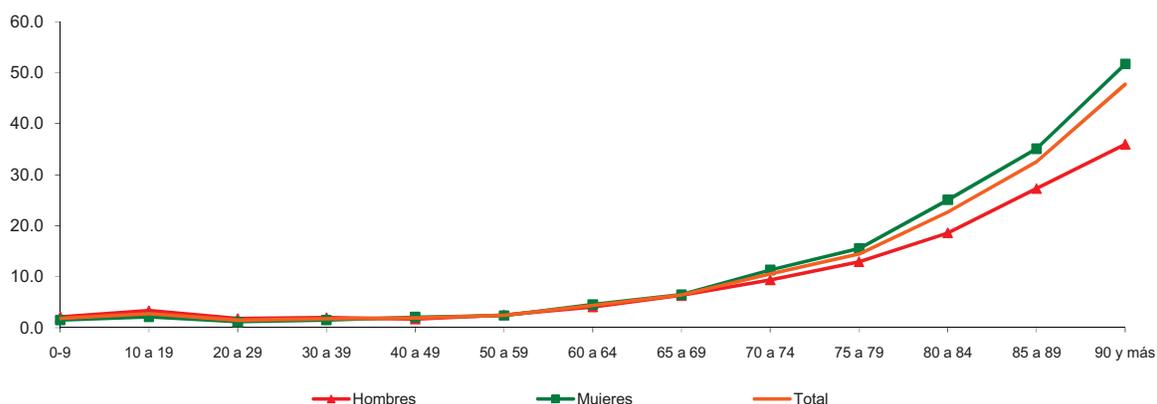
GRÁFICO III.24
URUGUAY: PROPORCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD
POR TRAMOS DE EDAD SEGÚN SEXO, 2004
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, septiembre de 2003 a agosto de 2004 del INE.

Entre las personas discapacitadas, que necesitan ayuda para sus actividades diarias, las mujeres son una proporción superior a la de los hombres desde los 75 años. Esa diferencia se profundiza con el correr de los años, pasando del 25% al 52% luego de los 80 años para las mujeres y del 19% al 36% para los hombres (véase el gráfico III.25).

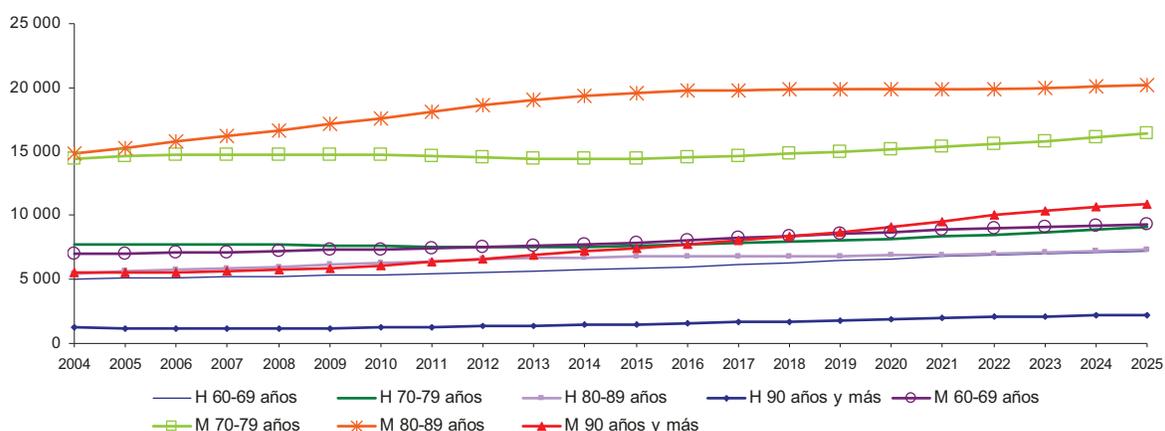
GRÁFICO III.25
URUGUAY: PROPORCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD
Y CON NECESIDAD DE AYUDA DIARIA POR TRAMOS DE EDAD SEGÚN SEXO, 2004
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, septiembre de 2003 a agosto de 2004 del INE.

Si se hace una proyección de la población adulta mayor considerando que la proporción de personas con discapacidad y necesidad de ayuda diaria en cada tramo de edad se mantuviera constante respecto del año 2004, se observa que el número de mujeres de más de 80 años se expande en forma muy significativa. En 2004 eran 20.000 las mujeres con discapacidad que requería de ayuda cotidiana y en 2025 serían, según esa estimación, 31.000. Las mujeres de 60 a 79 años con similares dificultades, pasan de 21.500 en 2004 a 25.700 en 2025. Mientras que los hombres en igual período y estado de autonomía personal, de 60 a 79 años, pasan de 12.800 a 16.300, y aquellos mayores de 80 años pasarían de 6.700 a 9.500 (véase el gráfico III.26).

GRÁFICO III.26
URUGUAY: PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR CON DISCAPACIDAD
Y CON NECESIDAD DE AYUDA DIARIA
SEGÚN TRAMOS DE EDAD Y SEXO, 2004-2025
(En número de personas)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de las proyecciones de población del INE y los microdatos de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, septiembre de 2003 a agosto de 2004 del INE.

G. Opciones de política y estrategias de corto, mediano y largo plazo

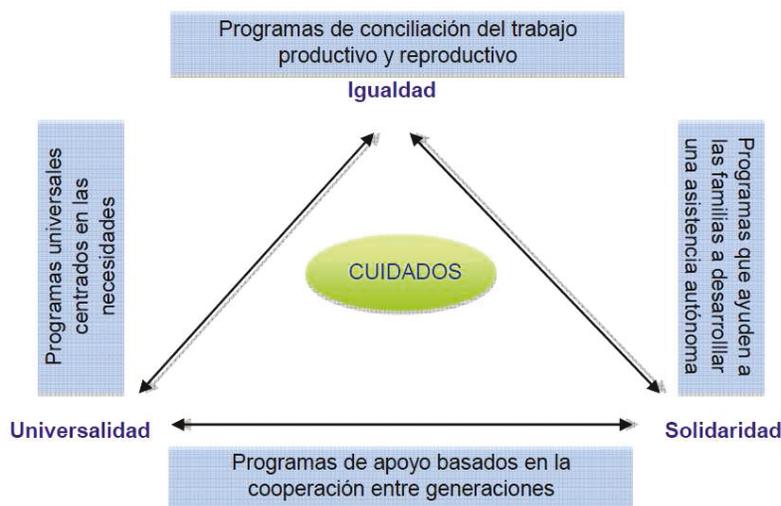
1. Marco analítico

En el documento de la CEPAL (2009) se proponen tres principios normativos para orientar el desarrollo de un sistema de protección social que incluya el ámbito de los cuidados: i) promover una mayor igualdad de acceso entre personas con distintos recursos que requieren cuidados; ii) la universalidad de servicios y prestaciones centrados en las necesidades; y iii) la solidaridad entre generaciones y la solidaridad de género.

También se señala que el cuidado debe entenderse como un derecho asumido por la colectividad y prestado mediante servicios que maximicen la autonomía y el bienestar de las familias y los individuos, con directa competencia del Estado.

El diagrama que plantean es:

DIAGRAMA III.3
PRINCIPIOS NORMATIVOS PARA GUIAR LA INCORPORACIÓN DEL CUIDADO
EN LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL.

Para desarrollar el principio de igualdad, respecto del acceso a cuidados de calidad y de distribución de las responsabilidades de cuidado entre los sexos, se deberían promover programas que concilien el trabajo productivo y reproductivo, y que las políticas y programas que se elaboren para el acceso al cuidado promuevan en lugar de consagrar los roles tradicionales de género.

El principio de universalidad se aplica a los servicios, prestaciones y beneficios dirigidos a personas que precisan asistencia y a las que prestan cuidados. De todas formas, ello no significa que no se apliquen determinados grados de selectividad, ya que no puede extenderse hasta niveles que no sean financiables. De esta manera, se debería ampliar progresivamente el horizonte de acción de los programas que se implementan, privilegiando las demandas de las personas que requieren asistencia, y en ello tiene un papel activo el Estado como proveedor directo o indirecto de los servicios a quienes más lo necesitan.

Por último, con respecto al principio de la solidaridad entre generaciones, las políticas y programas de cuidados deben prestar especial atención a todas las generaciones, a sus necesidades y expectativas, asegurándoles una plena inserción en la sociedad. Se hacen necesarias acciones integradas que involucren a todos los grupos etarios, ya que del éxito de los jóvenes dependerá la habilidad de la sociedad a la hora de apoyar a personas que dependen de la ayuda de los demás. Asimismo, hay que prestar atención a la generación intermedia, que se ocupa tanto de los grupos más jóvenes como de las personas mayores.

En general, los documentos que hablan sobre el tema están en concordancia con estos principios. En el Uruguay, la Red Género y Familia pone el acento en el hecho de que el sistema debe ser público y profesional para garantizar un acceso universal y de calidad. En uno de los debates organizados para tratar este tema se planteó la posibilidad de desarrollar un paquete básico universal y luego que cada persona —en función de sus ingresos— contratara en el mercado coberturas adicionales de servicios con regulación y control estatal (Fassler, 2009). En la Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia (ENIA) 2010-2030 se planteó el criterio de universalidad para las políticas dirigidas a la infancia y la adolescencia, combinado con políticas focalizadas para reducir brechas de equidad.

Es imprescindible tener en cuenta que el papel del Estado como proveedor de cuidado determina la carga de cuidado que se delega a la familia, el voluntariado y el mercado, y con ello la

posibilidad de ejercer el derecho a dar y recibir cuidado de calidad. Como este cuidado lo han brindado las mujeres en forma no remunerada, el costo de no brindar prestaciones o servicios de cuidado lo han asumido ellas, lo que produce desigualdades económicas, sociales y políticas. Por ello, la definición del sistema debe pensarse teniendo en cuenta siempre quién asume los costos de la ausencia de los servicios o prestaciones para el cuidado.

En términos esquemáticos y tomando como referencia la clasificación de opciones de política para el cuidado que plantea Daly (2003), ellas son:

i) servicios o beneficios provistos en especie (por ejemplo, servicios para la ayuda doméstica y otros con base en la comunidad, servicios de cuidado infantil, servicios residenciales para adultos y niños);

ii) incentivos para la creación de empleo o la provisión en el mercado (por ejemplo, comprobantes para empleo doméstico, excepciones de las contribuciones a la seguridad social para personas empleadas como cuidadoras, reducción de impuestos por el costo de emplear a un trabajador doméstico, subsidio para la contratación de cuidado en el sector privado);

iii) provisiones referidas a beneficios monetarios y de seguridad social (por ejemplo, pagos en dinero, créditos de seguridad social y pensiones y exoneraciones de impuestos); y

iv) provisiones relacionadas con el empleo (por ejemplo permisos pagos y no pagos, interrupciones en la carrera, indemnización por cese, tiempo de trabajo flexible por necesidades de cuidado —flexitime— y reducción del tiempo de trabajo).

A su vez, se discute que el desarrollo de estas políticas para que incorporen la perspectiva de género podrían enmarcarse en tres tipos de modelos (Sainsbury, 1999):

i) el modelo de proveedor universal que concibe el acceso a los beneficios de seguridad social y salud, entre otros, por medio del empleo, por lo que el Estado debe brindar servicios de cuidado que atienda a las personas dependientes (niños, ancianos, personas con discapacidad y enfermos) y debe garantizar la formación para el empleo de hombres y mujeres;

ii) el modelo de cuidador-paritario, donde se igualan los derechos de los que cuidan con los que poseen trabajo remunerado. En este caso la política no solo garantizaría el acceso a los beneficios de seguridad social y salud, entre otros, a hombres y mujeres con empleo remunerado, sino a todas las personas que trabajen de forma remunerada o no. La política se preocupa por contemplar el cuidado informal (trabajo no remunerado) y brindarle sostén por la vía de prestaciones monetarias para el cuidado; y

iii) el modelo de cuidador universal, donde se anula la tradicional división sexual del trabajo y promueve que hombres y mujeres puedan combinar trabajo remunerado y no remunerado. Este modelo mantiene el énfasis en los servicios para posibilitar el empleo de hombres y mujeres, pero incluye medidas de política para sostener el cuidado informal (trabajo no remunerado) orientadas a hombres y mujeres.

Según la experiencia de los países desarrollados, estas respuestas tienen implicaciones diferentes para la igualdad de género. El modelo de proveedor universal plantea la dificultad de que las mujeres logren insertarse en el mercado laboral en igualdad de condiciones que los hombres y accedan a los mismos beneficios a lo largo de su vida. Giullari y Lewis (2005) plantean que depende de la forma en que las políticas atienden el tema del trabajo no remunerado y que no necesariamente se garantiza la inserción laboral en igualdad de condiciones. Al respecto, Bettio y Plantenga (2004) señalan que en países europeos la provisión de servicios de cuidado aumenta la participación laboral de las mujeres, pero tiene un efecto mayor en la reducción del tiempo de trabajo no remunerado que

en su redistribución entre los sexos. Además, no permite la libertad de elección de las personas entre cuidar o trabajar, ya que condiciona el beneficio a la inserción laboral.

Con respecto al modelo de cuidador-paritario, cuya propuesta es que la seguridad social debería brindar prestaciones monetarias o créditos para cuidar, por lo general plantea que se puede reforzar la labor de cuidado en las mujeres, aunque es una forma de valorar y reconocer la tarea que realizan. Los créditos buscan suavizar o eliminar la pérdida de los derechos jubilatorios por la interrupción en la carrera laboral debido a las responsabilidades de cuidado. Los inconvenientes de esta estrategia son que afecta el ingreso, la empleabilidad y la carrera laboral de la persona cuidadora. Si los créditos para cuidar son de un monto reducido, desestimulan el ejercicio de esta tarea en los hombres, porque sus ingresos laborales son, en general, más elevados que los de las mujeres. Esto se podría resolver creando igual derecho al acceso a los créditos, sin igualar el nivel del beneficio. Finalmente, se teme que cuando se ofrecen prestaciones para cuidar se reduzca la oferta pública de servicios de cuidado.

Por último, el modelo de cuidador universal que se asimila a la experiencia de los países escandinavos demuestra que la forma en que se otorgan los beneficios puede ser contradictoria con su propósito. Resalta, al igual que en el caso de los créditos para cuidar, el caso de las licencias parentales o por paternidad, donde por un tema cultural no se concibe al hombre como cuidador y por un desestímulo económico real, afecta el uso del beneficio.

Algunas de las recomendaciones surgidas de la experiencia internacional para contribuir al uso de los beneficios por parte de hombres y mujeres son:

i) individualizar los derechos para cada sexo, de forma que si no hace uso del beneficio, lo pierde. Por ejemplo las “cuotas” padre y madre en las licencias parentales⁴⁰;

ii) el monto del beneficio debe compensar la pérdida total de ingresos de cada individuo o igualar el monto de pérdida de ingresos de ambos padres; y

iii) es importante vincular los beneficios ligados al cuidado con los beneficios relativos al trabajo remunerado. El hecho de vincular los beneficios y hacer intercambiables el cuidado o el trabajo remunerado, produce una estructura de incentivos para que las mujeres se incorporen al mercado laboral y los hombres provean cuidado. Al vincular ambos beneficios se contribuye a contrarrestar una nueva segregación de género que se origina cuando los beneficios relacionados con el cuidado son a tasa fija y los vinculados al trabajo remunerado están en función del nivel de ingreso.

El modelo de cuidador universal se adapta mejor a las necesidades de las madres solas, constituidas como hogares monoparentales con jefatura femenina, que deben realizar forzosamente las tareas de cuidadoras y proveedoras.

Hay investigadoras que analizan las opciones mediante el enfoque de las capacidades de Sen, cuya idea de que la libertad de elección se incrementa en la medida que se amplían las opciones disponibles para hombres y mujeres, implica que lo ideal no sería instrumentar una solución para cada caso sino una combinación de opciones que incremente la libertad del individuo o grupo de elegir, lo que está en concordancia con lo sugerido por Courtoisie, de León y Dodel (2010) para el Uruguay: “dada la diversidad de estrategias de cuidado que adoptan los hogares, que el diseño de un modelo único de oferta de servicios o política pública sería una solución inadecuada e ineficaz y proponen que se diseñe una política que proporcione a los hogares los recursos necesarios para recuperar la posibilidad de decidir e incidir sobre su estrategia de cuidados” (pág. 104).

⁴⁰ En algunos países se ha instalado el sistema de “cuotas de padre” para reservar en la licencia parental un período de uso exclusivo por el padre en la modalidad “la usa o la pierde”, como reemplazo a las licencias compartidas que tendían a ser utilizadas básicamente por las madres.

En Daly (2003) se presenta el siguiente cuadro donde se establecen los resultados de las diferentes opciones de política en función de distintos objetivos.

CUADRO III.79
EFFECTOS DE LAS OPCIONES DE POLÍTICAS EN DISTINTOS OBJETIVOS

Opciones de política	Elección/ calidad para el beneficiario	Elección/ calidad para el(la) cuidador (a)	Equidad de género	Legitimación del cuidado	Creación de una mezcla de prestaciones	Alteración de la oferta/demanda de la mano de obra	Reducción de los costos fiscales
Prestación monetaria al cuidador	+	?	-	+	-	+	+
Prestación monetaria al beneficiario	+	?	?	?	+/-	+/-	+
Servicios públicos	+	+	+	+	?	+	-
Licencias/ Permisos	+/-	?	?	+	?	+	+
Incentivos para la creación de empleo	-	-	?	?	?	+	+
Incentivos a los servicios de cuidados privados	?	?	+	?	+/?	+	?

Fuente: Daly (2003), pág. 86.

Nota: + = efecto positivo; - = efecto negativo; +/- = neutral; ? = el efecto podría ser positivo o negativo; +/? = el efecto podría ser positivo o desconocido.

Es interesante resaltar que para promover la equidad de género en el desarrollo del sistema de cuidados la provisión de servicios por parte del Estado es un elemento central, así como la provisión de incentivos para el desarrollo de estos servicios por parte del sector privado. Pero, por ejemplo, la prestación monetaria no necesariamente contribuye con la equidad de género porque puede mantener a la mujer condicionada a su función de cuidadora, más allá que podría ser una forma de reconocimiento a la tarea que desempeña. Cuando la prestación monetaria está destinada a la persona cuidada es dudoso su impacto en términos de equidad de género porque depende del destino que se le dé a dicha prestación. Si contrata a alguien para que realice la tarea puede ser beneficioso, pero si hay una mujer en el hogar que la venía realizando en forma no remunerada y lo continua haciendo no genera ningún impacto. Las licencias, por su parte, pueden significar sólo una contribución para que las mujeres continúen realizando la doble tarea de cuidar y trabajar de forma remunerada pero sin transformar las desigualdades preexistentes.

A su vez, Benería (2007), utilizando el enfoque de las capacidades para analizar los posibles resultados de las opciones de política de cuidado, propone la siguiente matriz:

CUADRO III.80
CAPACIDADES Y POLÍTICAS PÚBLICAS

Capacidades que desarrolla	Opciones de política					
	Centros de cuidado diurno en el barrio	Acceso a las escuelas	Acceso a centros de salud	Transporte público y privado	Subsidios a las familias	Servicios comunitarios
Facilita la crianza de los niños y el cuidado de otras personas	++	+	+++	+	++	+
Facilita la inserción laboral y el desarrollo de otros proyectos	+++	+++	++	+	++	+
Facilita la movilidad	+	++	+	++	Depende del uso	+
Facilita el disfrute de tiempo de ocio	++	++	++	++	+	+++
Facilita la autonomía en el uso del tiempo personal.	+++	+++	++	+	+	++

Fuente: Lourdes Benería, "Paid/unpaid work and the globalization of reproduction", Cornell University, 2007. La lista de capacidades que propone Benería se basan en Ingrid Robeyns, "Sen's capability approach and gender inequality: selecting relevant capabilities", *Feminist Economics*, vol. 9, N° 2, 2003.

Esta matriz agrega información respecto al beneficio que generaría cada tipo de política en relación al desarrollo de determinadas capacidades. Esta matriz fue elaborada para Bolivia pero podría readaptarse a Uruguay. Por ejemplo, el desarrollo de centros de cuidado diurno y el acceso a las escuelas contribuye con la inserción laboral y la autonomía en el uso del tiempo de la persona cuidadora. Mientras que los subsidios monetarios a las familias no necesariamente generan un impacto tan importante en el desarrollo de estas capacidades.

2. Propuestas para el Uruguay

En el Uruguay el sistema de cuidados debería formar parte del Plan de Equidad que se proponía "revisar y adecuar el esquema de protección vigente a los nuevos problemas sociales, propiciando la generación de un sistema renovado de bienestar y asistencia social articulado en diversos componentes y con capacidad de atender las necesidades de los distintos segmentos sociales" (Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, 2007, pág. 16). También forma parte de la implementación de la ENIA 2010-2030 que entre sus líneas prioritarias plantea la creación de políticas de apoyo a las familias y la protección de la primera infancia. Las propuestas que ya se han planteado para el sistema de cuidados se centran en⁴¹:

a) Referidas al cuidado infantil:

- desarrollo de un sistema de cuidados para la infancia de 0 a 3 años que no necesariamente implica la institucionalización de los más pequeños (de 0 a 1 año o de 0 a 2 años). Las alternativas previas a la institucionalización para ese tramo de edad son la atención a domicilio por cuidadoras que financie o subsidie el Estado. También es

⁴¹ Se consideraron tanto las propuestas del gobierno en el Plan de Equidad, ENIA 2010-2030, como de la academia y de la sociedad civil: Aguirre (2009), Red Género y Familia (2010). También los documentos de OIT y PNUD (2009), Salvador (2009) y los resultados del Programa Desarrolla del PNUD que está analizando y evaluando opciones de política para el cuidado en la primera infancia.

imprescindible brindarles capacitación y revisar si el sistema actual de formación para la primera infancia —centrado en el sector privado— debe exigir bachillerato completo para acceder a dicha formación. El nivel de 3 años se piensa incluir en el proceso de universalización de la enseñanza inicial pública, por lo que, en función de los tiempos que pueda llevar el proceso, se debería contemplar su inclusión en otros formatos de atención como los Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF) o centros privados con apoyo estatal. Es necesaria la regulación, supervisión y control sobre los servicios que brinda el sector privado y la adecuación de los horarios de cobertura del sector público para viabilizar la inserción laboral de madres y padres;

- universalización del derecho a las asignaciones familiares a hogares con hijos e hijas de 0 a 2 años, lo que proporcionaría a los hogares de nivel socioeconómico medio el margen de maniobra necesario para liberar recursos económicos en pos del cuidado infantil. Esta propuesta —menos difundida— se plantea en Courtoisie, de León y Dodel (2010) y el Proyecto DESARROLLA del PNUD ha analizado sus costos y beneficios. Se debería revisar el monto de la deducción en el IRPF por hijo a cargo ya que se demuestra en este trabajo que su impacto es muy reducido;
- extensión de la jornada escolar para nivel inicial y primaria o desarrollo de servicios fuera del horario escolar. Por ejemplo, los Clubes de Niños del INAU funcionan hoy como apoyo fuera del horario escolar y también las escuelas de tiempo completo en sectores carenciados pueden ser una solución para los padres y madres que están ocupados. Sin embargo, su cobertura aún es reducida y no abarca a los sectores de ingresos medios.
- extensión de la licencia por paternidad y maternidad: la licencia por paternidad está claramente acotada para el sector privado, lo que no estimula el desarrollo del vínculo paterno con el cuidado del bebé y las tareas relativas al cuidado en el hogar. Respecto de la licencia por maternidad, se propone la igualación de la extensión del sector privado respecto del sector público (pasando de 12 a 13 semanas) o aumentarla al mínimo recomendado por la OIT (18 semanas) y la ampliación de la cobertura a todas las trabajadoras formales. También se plantea la extensión del horario de lactancia para las trabajadoras del sector privado; y
- el desarrollo de licencias parentales: se utilizan para el cuidado de hijos enfermos o para otras necesidades que demande el cuidado parental, limitadas a los dos primeros años del infante. Asimismo, podría pensarse en la flexibilización del tiempo de trabajo o la reducción horaria para atender el cuidado infantil en la primera infancia. Propuestas de este tipo, planteadas en OIT y PNUD (2009), CEPAL (2010) y la Recomendación 165 de la OIT, estuvieron presentes en el debate de la ENIA 2010-2030 y surgieron en el trabajo de Batthyány (2004) sobre demandas de cuidado de madres de niños pequeños.

b) Propuestas referidas al cuidado de personas con discapacidad o adultos mayores con cierto nivel de dependencia:

- el desarrollo de servicios de atención domiciliaria para acompañar a la persona dependiente en las actividades de su vida diaria y en la asistencia en el cuidado personal y de su hogar. En la ley para atención de las personas con discapacidad de marzo de 2010 se propone la creación de la figura del asistente personal, por lo que hay que trabajar en su formación. También es necesario definir el organismo que se encargará de regular y supervisar los servicios de compañía que se han creado a nivel privado, para controlar la calidad de los servicios que brindan, las condiciones de trabajo y la formación del

personal a cargo. A su vez, la creación de estos servicios se puede hacer en el ámbito público y municipal, o subsidiar la contratación en el sector privado;

- servicios de teleasistencia domiciliaria que consiste en la instalación en el domicilio del usuario de una terminal que va asociada a la línea telefónica y le permite a través de un pulsador que el usuario lleva consigo acceder en momentos de urgencia a la atención que requiera;
- residencias diurnas y nocturnas y servicios comunitarios/municipales para la atención de personas con discapacidad o de edad avanzada (OIT y PNUD, 2009);
- sistemas de respiro para cuidadores y cuidadoras consiste en mecanismos de suplencia que permitan aliviar la tarea del cuidador o cuidadora para realizar actividades personales durante el día o tomar vacaciones;
- transporte: existe un sistema de transporte escolar para niños con discapacidad o que viven en zonas alejadas (rurales), cuyo alcance es bastante reducido, pero hay demandas por facilitar el transporte a todo nivel a las personas con discapacidades. Cerca del 50% de las personas con discapacidad manifiestan su dificultad para trasladarse fuera del hogar como una necesidad de asistencia para hacer sus actividades cotidianas (Encuesta Nacional de la Discapacidad, 2004) y un estudio para hogares en situación de extrema pobreza en Montevideo lo identificó también como un problema importante (MIDES, 2010);
- licencias para el cuidado de un familiar enfermo, flexibilidad o reducción horaria por motivo de responsabilidades familiares: se podría establecer un período remunerado y otro sin remuneración con resguardo del puesto de trabajo (OIT y PNUD, 2009); y
- los servicios de salud deben reasumir su responsabilidad por el cuidado en salud de las personas internadas que, en el marco de un proceso de reducción de costos, tienden a trasladar tareas que deberían ser propias del sistema a las familias, tanto en los centros de internación como en el hogar.

c) Propuestas referidas a las personas que se dedican a cuidar:

- pensión universal para la vejez y para quienes se dedican exclusivamente a tareas de cuidado; y
- subsidio para quienes han aportado a la seguridad social y requieren dedicarse a tareas de cuidado.

Ambas propuestas han sido planteadas en INMUJERES (2008) y Aguirre y Scuro (2010), y es una recomendación del Consenso de Brasilia (CEPAL, 2010). En Pugliese (2008) también se sugiere como una alternativa “remunerar en forma de subsidio el trabajo de cuidado que actualmente realizan los familiares”.

d) Propuestas referidas a la legislación y concientización del mundo laboral:

- en OIT y PNUD (2009) y CEPAL, AECID y UNIFEM (2010) se plantea como una medida sustancial y prioritaria la necesidad de dismantelar la norma del trabajador ideal (hombre sin responsabilidades domésticas en su familia y mujer como fuerza de trabajo secundaria), para ello es necesario promover modelos alternativos de maternidad, paternidad y masculinidad. Se propone reconstruir el concepto de trabajo en sentido amplio, revalorizar los trabajos socialmente útiles y recrear nuevas maneras de organización del trabajo y del tiempo social de este;

- las jornadas rotativas de trabajo complejizan la conciliación de la vida familiar y laboral, cuando los hijos son muy pequeños, o el trabajador —o la trabajadora— tiene a su cargo una persona dependiente;
- legislar sobre la sanción de la discriminación asociada a las responsabilidades familiares (OIT y PNUD, 2009);
- políticas de tiempo: el sistema de transporte público y el sistema de salud tienen un gran papel que jugar en la reducción del tiempo para las familias destinado a realizar trámites, trasladarse al trabajo y concretar entrevistas médicas. Los sistemas privados de salud de contratación individual para diferenciarse en sus servicios ofrecen atención rápida y en el menor tiempo posible, coordinación de consultas médicas y diversos trámites en forma telefónica, entre otros. Los tiempos de espera y de traslado del transporte colectivo se han reducido al aumentar la información disponible sobre horarios y el nuevo sistema de transporte en la capital, pero aún deben mejorarse para facilitar el traslado a los centros educativos de los niños, los centros de salud y el trabajo. En Batthyány (2004) se plantea como demanda de las madres de niños pequeños la necesidad de mejorar los servicios de transporte colectivo para ganar tiempo en los traslados cotidianos, como también en los usuarios del sistema de salud y, particularmente del sistema público, por el tiempo de espera en la atención médica;
- un elemento necesario para las familias en el momento de decidir qué opción de cuidado elegir o cómo resolver su necesidad de contratar a un cuidador o cuidadora, es disponer de información en Internet. Se podrían alimentar sitios como la Guía de Recursos Sociales del MIDES que dispongan de información del sector público y privado, además de crear bases de información de personas certificadas para brindar cuidado que faciliten la búsqueda a quienes demandan estos servicios. Esta ha sido una necesidad de distintos actores: padres y madres de niños pequeños (Courtosie, de León y Dodel, 2010) y personas con discapacidad (MIDES, 2010); y
- es imprescindible hacer campañas que promuevan la corresponsabilidad entre los sexos en los cuidados. El Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) hizo una difusión publicitaria hace dos años que provocó reacciones de apoyo de casi todo el público, sin embargo, debería diseñarse una campaña con mayor sostenibilidad en el tiempo. Asimismo, es importante trabajar con los proveedores de servicios para que no refuercen el papel de la madre como cuidadora natural.

El desarrollo de este sistema necesita de una definición respecto de la institucionalidad desde donde se definan, implementen, monitoreen y evalúen los resultados de las políticas, lo que es una solicitud explícita de la Red Género y Familia, considerando la diversidad de instituciones que prestan servicios de cuidado. En el sector público, dependen de distintos ministerios, por lo que son de complejidad y calidad diversa y responden a concepciones y lógicas disímiles, demostrando su escasa coordinación. También el sector privado opera sin una clara coordinación institucional, lo que debería revertirse mediante la conformación de un sistema que incluya en forma integrada a todas las partes —públicas y privadas—, de manera que respondan a una lógica común.

En la ENIA 2010-2030 se propone como “mecanismo de implementación eficiente de las políticas de infancia y adolescencia la necesidad de desarrollar una estrategia de articulación y coordinación de carácter sistémico, que rompa definitivamente la fragmentación institucional aún existente” (Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, 2008, pág. 52). Además se plantea que “esa estrategia de articulación debe partir de una definición conjunta de los problemas en los espacios de decisión política y para ello deben establecerse ámbitos de coordinación permanentes y sistemáticos. Esa definición conjunta en los espacios de decisión política debe

acompañarse de la construcción de ámbitos intersectoriales de implementación conjunta, en que el organismo sectorial que lleve adelante la rectoría de la política liderará su ejecución” (Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, 2008, pág. 52).

También es relevante la participación de la sociedad civil en la definición, monitoreo y evaluación de las políticas. En los debates en torno a la ENIA 2010-2030 se identificó un “consenso en la necesidad de un rol activo del Estado como rector de la política y garante de derechos y también la relevancia del fortalecimiento de organizaciones de la sociedad civil que operen como contrapartes y participen en los procesos de diseño, implementación y evaluación de las políticas” (Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, 2008, pág. 51). En las mesas de diálogo organizadas por la Red Género y Familia ha surgido la preocupación de la sociedad civil por la definición puramente técnica de las políticas, que no fueron consultadas a sus usuarios o posibles beneficiarios. En ese sentido, se plantea que se debería construir y mantener espacios de diálogo entre los distintos actores sociales, ya que estas políticas son de largo aliento y requieren de un apoyo sostenido en el tiempo (Fassler, 2009).

Para definir más claramente los servicios específicos que pueden necesitar las personas con determinado tipo de discapacidad, hay que trabajar a nivel territorial y aprovechar la existencia de alcaldías en todo el territorio nacional, con las que se puedan producir espacios de intercambio con los usuarios directos y las familias, así como con la población interesada en estos temas.

Según lo previsto en el Presupuesto Nacional 2010-2014 que está en debate en el Parlamento los rubros vinculados a los cuidados son:

a) En educación se crearán:

- 100 nuevos CAIF;
- 17 jardines infantiles, 3 de los cuales son de tiempo completo;
- 111 escuelas de tiempo completo; y
- 6 nuevas escuelas comunes y 6 nuevas escuelas rurales.

b) En protección social:

- se procurará lograr que quienes tienen derecho a asignaciones familiares accedan en efecto a ellas. Hay que resolver problemas de tenencia, de documentación y llegar realmente a las localidades más alejadas;
- se duplicará el monto de la tarjeta alimentaria para los hogares indigentes; y
- se entregará leche fortificada a hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica con niños menores de 3 años.

Las estimaciones realizadas por Perera y Llambí (2010) sobre los costos que significa extender la cobertura de los CAIF a los niños de 0 a 3 años de los hogares del primer quintil de ingresos per cápita, con cobertura de 8 horas para las edades de 2 y 3 años y de 4 horas diarias para 1 año, supondría la construcción de 191 nuevos CAIF. Por lo tanto, la asignación presupuestal sugerida cubriría la mitad de los costos de extensión de los CAIF.

3. Estrategias de corto, mediano y largo plazo

La elaboración de la estrategia con un plan que busque instrumentar un Sistema Nacional Integrado de Cuidados deberá considerar que existen medidas acordadas, a pesar de que aún no se hayan logrado aplicar, y otras que están en proceso de discusión, que tal vez no demanden recursos monetarios importantes, sino simplemente tomar la decisión de trabajar en ese sentido. La

diversidad de opciones, la urgencia en algunos temas y las dificultades para poner todo en marcha a un mismo tiempo, imponen definir un plan de acción, con metas y objetivos, y un mecanismo de control del cumplimiento para avanzar o conocer las dificultades en los progresos previstos.

La extensión de las licencias por maternidad, paternidad y el horario de lactancia para el sector privado están previstos en un proyecto de ley actualmente en discusión. En este tema hay un avance, ya que es una iniciativa del poder ejecutivo al iniciar la discusión y buscar consensos, sin embargo, no están aún incluidas en esta discusión las licencias parentales o por enfermedad de familiar directo, que podrían ser introducidas en instancias sucesivas, cuando haya una mayor concientización sobre su relevancia. También existen otras demandas que son la flexibilidad o reducción horaria durante los primeros años de vida del niño o cuando hay un familiar dependiente.

Con respecto a la importancia de crear servicios de cuidado infantil y escuelas de tiempo completo, existe un acuerdo interpartidario de avanzar en este sentido, lo que se refleja en el presupuesto nacional previsto para el próximo quinquenio. El problema radica en qué solución brindar a los hogares de ingresos medios que no son beneficiados con estos servicios y que tienen necesidades apremiantes. La solución para resolver en el corto o mediano plazo podría ser la prestación monetaria o un subsidio para contratar cuidadoras o servicios de cuidado. Además es imperioso en el corto plazo iniciar procesos de formación a personas que se dediquen al cuidado infantil, que es un tema que ya está en agenda entre los responsables de instrumentarlo (el Ministerio de Educación y Cultura) y podría formar parte también de los cursos del Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional (INEFOP).

Otro tema relevante es el transporte para niños y personas con discapacidad. En el caso de los niños podría resolver no solo la concurrencia a la escuela, sino también la combinación del horario escolar con otras actividades que liberen más tiempo a los responsables directos de su cuidado diario.

El tema del asistente personal para personas con discapacidad y que precisan de ayuda diaria está previsto en la ley sobre discapacidad, por lo que es necesaria la formación de personal para crear una oferta laboral que pueda cubrir estas carencias. También hay que trabajar en el mediano plazo en la aplicación de sistemas de información para que quienes requieran de estos cuidadores puedan acceder y tengan confianza en la acreditación que les dé el Estado. La teleasistencia es otro mecanismo, donde el Estado debe asumir la responsabilidad de garantizar que el servicio será de calidad. Si en el corto plazo hay inconvenientes para crear servicios de atención personalizada a individuos altamente dependientes y residencias, se deberían establecer servicios de respiro que contribuyan a la autonomía de las personas cuidadoras, además de desarrollar servicios de apoyo y formación a los cuidadores familiares o informales para atender sus necesidades y promover una mejor calidad de vida. Por otra parte, hay acciones que tienen costos asociados, que pueden aplicarse en etapas relacionadas con la necesidad de que el sistema de salud reasuma su responsabilidad por el cuidado en salud de las personas y revierta el proceso de traslado de dicha responsabilidad a la familia.

Asimismo, se deberían elaborar campañas de concientización con empresarios, trabajadores y el conjunto de la sociedad sobre la importancia de los cuidados familiares y la necesidad de tender a la corresponsabilidad entre Estado, mercado, familia y entre los sexos. Otra inversión importante y que no necesita de muchos recursos es la creación de portales de información en Internet, ya que se han dado pasos en este sentido en el MIDES, se podría difundir y ampliar a otros servicios y necesidades que pudieran ser utilizados como mecanismos de consulta y de contacto con personas cuidadoras con alguna certificación por las familias.

Las políticas de tiempo en los servicios de cuidado, incluyendo la salud y el transporte, deberían considerarse porque pueden haber soluciones sencillas a dificultades que provocan

trastornos en las familias. En este campo hay mucho por estudiar aún, pero se sabe que hay ciertas exigencias del sistema de salud —controles médicos en la primera infancia y los trámites que implican— que podrían revisarse para reducir traslados y ser más eficientes en función del tiempo de las personas.

Por último, están las medidas que han sido menos debatidas y que están en proceso de concientización y discusión: la propuesta de una pensión universal a la vejez; y un subsidio para quienes han aportado a la seguridad social y deben dedicarse a tareas de cuidado.

Es imperioso definir claramente la institucionalidad que coordinará las acciones para aplicar el sistema de cuidados, monitorearlo y evaluar sus resultados y determinar cuál será el papel de la sociedad civil y los usuarios del sistema en este proceso. Además, es necesario hacer una nueva encuesta de discapacidad, con el objetivo de recopilar toda la información vital para definir mejor las estrategias de cuidado, buscando recoger la opinión de las personas con discapacidad y sus cuidadores familiares. Se podría, a su vez, trabajar a nivel territorial para reunir las demandas y preferencias por las distintas opciones de servicios.

Bibliografía

- Aguirre, Rosario (2009), “Uso del tiempo y desigualdades de género en el trabajo no remunerado”, *Las bases invisibles del bienestar social*, Rosario Aguirre (ed.), Montevideo, Instituto Nacional de Estadísticas, Instituto Nacional de las Mujeres, Universidad de la República y Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).
- Aguirre, Rosario y Lucía Scuro (2010), *Panorama del sistema provisional y género en Uruguay. Avances y desafíos*, serie Mujer y desarrollo, N° 100 (LC/L.3190-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), abril. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.10.II.G.17.
- Aguirre, Rosario y otras (2006), “Diagnóstico de situación sobre género y salud en Uruguay”, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, Ministerio de Salud Pública (MSP), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Amarante, Verónica y Alma Espino (2008), “Situación del servicio doméstico en Uruguay”, *Ampliando las oportunidades laborales para las mujeres*, Montevideo, Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y Banco Mundial.
- BPS (Banco de Previsión Social) (2009), “Seguridad social y equidad de género”, Montevideo [en línea], < <http://www.bps.gub.uy/Documentos/Conf.%20de%20E.%20Murro%20sobre%20Seg.%20Social%20y%20Mujeres%2025-06-09.ppt>>, junio.
- BPS (Banco de Previsión Social) (2008), “Comentarios de Seguridad Social N° 19, Abril-Junio/2008”, Montevideo [en línea], < <http://www.bps.gub.uy/BrowserNetCM.aspx?menuBN=&res=Institucional/estadisticas&desc=no&var=O%2fVKQfdnJgXqaw%2bm2uTWxoDF1Lj%2fQNY76v%2fsHhufH47Pk6q wq51wKWv0R9CmbWPKgNDueWT7tNsfzxcPvWOrueYfqlvW211wfXJ9cBcXqGw8vryIVewMS9PdDKjIf1vIzHBBXTR%2fWKmA59jcZvIFw%3d%3d&menu=institucional#>>.
- Batthyány, Karina (2009), “Cuidado de personas dependientes y género”, *Las bases invisibles del bienestar social*, Rosario Aguirre (ed.), Montevideo, Instituto Nacional de Estadísticas, Instituto Nacional de las Mujeres, Universidad de la República y Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).
- Batthyány, Karina (2004), “Cuidado infantil y trabajo: ¿un desafío exclusivamente femenino? Una mirada desde el género y la ciudadanía social”, Montevideo, Oficina Internacional del Trabajo (OIT) y Centro Interamericano para el Desarrollo del Conocimiento en la Formación Profesional (CINTERFOR).
- Batthyány, Karina, Lorena Alesina y Nicolás Brunet (2007), “Género y cuidados familiares. ¿Quién se hace cargo del cuidado y la atención de los adultos mayores en Montevideo?”, Proyecto de Investigación I+D CSIC-UDELAR, Montevideo, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), mayo.
- Batthyány, Karina, Mariana Cabrera y Lucía Scuro (2007), “Perspectiva de género”, Informe Temático de la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006, Montevideo, Instituto Nacional de Estadística (INE).

- Benería, Lourdes (2007), “Paid/unpaid work and the globalization of reproduction”, Cornell University.
- Bettio, Francesca y Janneke Plantenga (2004), “Comparing care regimes in Europe”, *Feminist Economics*, vol. 10, N° 1, marzo.
- Cabella, Wanda (2006), “Los cambios recientes en la familia uruguaya: la convergencia hacia la segunda transición demográfica”, *Familias en cambio en un mundo en cambio*, Clara Fassler (coord.), Montevideo, Trilce y Red Género y Familia.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2010), “Consenso de Brasilia”, Undécima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe.
- ____ (2009), *Panorama social de América Latina 2009* (LC/G.2423-P), Santiago de Chile, noviembre.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, AECID (Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo) y UNIFEM (Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer) (2010), *El cuidado en acción: entre el derecho y el trabajo*, Sonia Montaña Virreira y Coral Calderón Magaña (coords.), *Cuadernos de la CEPAL*, N° 94 (LC/G.2454-P), Santiago de Chile, julio. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.10.II.G.35.
- Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (2008), “Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia 2010-2030. Bases para su implementación”, Montevideo.
- Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (2007), “Plan de Equidad”, Montevideo.
- Courtoisie, Denise, Alicia de León y Matías Dodel (2010), “Estrategias familiares para el cuidado de niños/as menores de 2 años”, Infamilia y Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).
- Daly, Mary (comp.) (2003), “El trabajo asistencial. En busca de la seguridad”, Colección Informes OIT Número 62, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- Esquivel, Valeria (2008), “The political and social economy of care: Argentina research report 2”, Ginebra, Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD).
- Fassler, Clara (2009), “Hacia un sistema nacional integrado de cuidados”, *serie Políticas públicas*, Montevideo, Red Género y Familia.
- Filgueira, Fernando y Pablo Alegre (2006), “Logros y fracasos de una ruta de reforma híbrida: estructura de riesgo y protección social en el Uruguay”. International Institute for Labor studies (IILS), OIT.
- Filgueira, Fernando y otros (2006), “Estructura de riesgo y arquitectura de protección social en el Uruguay actual: crónica de un divorcio anunciado”, *Prisma*, N° 21, Montevideo.
- Giullari, Susanna y Jane Lewis (2005), *The Adult Worker Model Family, Gender Equality and Care: the Search for the New Policy Principles and the Possibilities and Problems of a Capabilities Approach*, Routledge, Taylor & Francis Group Ltd.
- Huenchuan, Sandra y Mariana Paredes (2006), “Escenarios futuros en políticas de vejez en Uruguay: continuidades y rupturas”, Montevideo, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, Cooperazione Italiana y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- INAU (Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay) (2010), “Presupuesto quinquenal 2010” [en línea], <<http://www.inau.gub.uy/>>.
- INMUJERES (Instituto Nacional de las Mujeres) (2008), “Aportes para la elaboración de un Sistema de Protección Social que integre la igualdad de oportunidades y derechos entre hombres y mujeres”, propuestas presentadas al Diálogo Nacional sobre Seguridad Social (DNSS).
- Johnson, Niki y Verónica Pérez (2010), “Representación (s)electiva. Una mirada feminista a las elecciones uruguayas 2009”, Montevideo, Cotidiano Mujer y Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).
- ____ (2009), Consulta ciudadana “Mujer tu voto tiene voz”, informe de investigación [en línea], <http://www.parlamento.gub.uy/externos/parlamenta/noticia_25_marzo_09.html>.
- Kabeer, Naila (2006), *Lugar preponderante del género en la erradicación de la pobreza y las metas de desarrollo del milenio*, México, The Commonwealth Secretariat y Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC).
- Kaztman, Rubén y Fernando Filgueira (2001), “Panorama de la infancia y la familia en Uruguay”, Montevideo, Programa de Investigación sobre Integración, Pobreza y Exclusión Social (IPES) de la Facultad de Ciencias Sociales y Comunicación, Universidad Católica del Uruguay.

- MIDES (Ministerio de Desarrollo Social) (2010), “Sistematización y análisis cualitativo de las observaciones del trabajo de campo sobre discapacidad en contexto de pobreza extrema”, Montevideo, Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo, Unidad de Seguimiento de Programas.
- OIT (Oficina Internacional del Trabajo) y PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2009), “Trabajo y Familia: hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social”, Santiago de Chile.
- Pautassi, Laura (2010), “Cuidado y derechos: la nueva cuestión social”, *El cuidado en acción: entre el derecho y el trabajo*, Sonia Montaña Virreira y Coral Calderón Magaña (coords.), *Cuadernos de la CEPAL*, N° 94 (LC/G.2454-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, AECID (Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo) y UNIFEM (Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer), julio.
- Perera, Marcelo y Cecilia Llambí (2010), “Dimensionamiento económico de la extensión de la cobertura de los servicios de atención y educación a la primera infancia”, ENIA 2010-2030.
- Pérez Morgan, Blanca (2009), “Bases para la elaboración de un plan estratégico de discapacidad”, Montevideo, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Ministerio de Desarrollo Social y Delegación de la Unión Europea en Uruguay y Paraguay.
- Peri, Andrés e Ignacio Pardo (2006), “Nueva evidencia sobre la hipótesis de la doble insatisfacción: ¿cuán lejos estamos de que toda la fecundidad sea deseada?”, ponencia presentada al II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), 3 al 5 de septiembre de 2006, Guadalajara, México.
- Picchio, Antonella (1999), “Visibilidad analítica y política del trabajo de reproducción social”, *Mujeres y economía*, C. Carrasco (ed.). Barcelona, Icaria-Antrazyt.
- Pugliese, Leticia (2008), “Servicios de cuidados domiciliarios a los adultos mayores. Una perspectiva desde el Sistema de Seguridad Social (Primera y Segunda Parte)”, Banco de Previsión Social, Asesoría General en Seguridad Social, Comentarios de Seguridad Social, N° 19, abril-junio.
- Pugliese, Leticia (2007), “Análisis comparado de una selección de programas de protección a los adultos mayores en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay. Segunda parte: Programas Sociales”, Banco de Previsión Social, Asesoría General en Seguridad Social, Comentarios de Seguridad Social, N° 16, julio-septiembre.
- Razavi, Shahra (2007), “The political and social economy of care in a development context. Conceptual issues, research questions and policy options”, Gender and Development Programme, Paper N° 3. Ginebra, Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD).
- Red Género y Familia (2010), “Sistema nacional integrado de cuidados. Un componente fundamental del sistema de protección social”, Montevideo, ONU-Mujeres y Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).
- Robeyns, Ingrid (2003), “Sen’s capability approach and gender inequality: selecting relevant capabilities”, *Feminist Economics*, vol. 9, N° 2.
- Rodríguez, Federico y Cecilia Rossel (2009), “Panorama de la vejez en Uruguay”, Montevideo, Universidad Católica del Uruguay, Programa de Investigación sobre Integración, Pobreza y Exclusión Social (IPES) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Rodríguez Enríquez, Corina (2005), “Economía del cuidado y política económica. Una aproximación a sus interrelaciones”, Trigésima octava reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Salvador, Soledad y Gabriela Pradere (2010), “El gasto en servicios de cuidado de los hogares uruguayos”, Montevideo, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Salvador, Soledad (2009), “Configuración social del cuidado en hogares con niños/as y con adultos/as mayores y políticas de corresponsabilidad”, Montevideo, Instituto Nacional de las Mujeres y Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).
- Salvador, Soledad (2007), “Uruguay: servicios de cuidado y división de responsabilidades de cuidado dentro del hogar”, Centro Interdisciplinario de Estudios sobre el Desarrollo-Uruguay, Red Internacional de Género y Comercio y Centro Internacional para Investigaciones sobre el Desarrollo (IDRC).
- Sainsbury, Diane (ed.) (1999), *Gender and Welfare State Regimes*, Oxford, Oxford University Press.
- Santos, Silvia (2010), “Pensión por invalidez para discapacitados severos servida por el BPS. Algunas precisiones relativas a su origen”, Banco de Previsión Social, Asesoría General en Seguridad Social, Comentarios de Seguridad Social, N° 28, julio-setiembre.
- Scuro, Lucía (2009), “Pobreza y desigualdades

de género”, *Las bases invisibles del bienestar social*, Rosario Aguirre (ed.), Montevideo, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).

UNIFEM (Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer) (2000), “El progreso de las mujeres en el mundo 2000”, Informe Bienal de UNIFEM.

Varela Petito, Carmen (coord.) (2008), “Demografía de una sociedad en transición: la población uruguaya a inicios del siglo XXI”, Montevideo, Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

____ (2007a), “Evaluación y discusión de un conjunto de medidas educativas, laborales y fiscales que busquen disminuir las contradicciones entre maternidad deseada y desarrollo integral de la mujer”, documento elaborado para el ciclo de talleres “Políticas de población: debate sobre propuestas concretas” .

____ (2007b), “Fecundidad: propuestas para la formulación de políticas”, Juan José Calvo y Pablo Mieres (eds.), *Importante pero urgente, políticas de población en Uruguay*, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Rumbos.

IV. Informe de relatoría Seminario: “Hacia un sistema nacional de cuidados en Uruguay”⁴²

Montevideo 9 de Diciembre 2010

A. Antecedentes

El Seminario “Hacia un Sistema Nacional de Cuidados en Uruguay” es el resultado del esfuerzo conjunto del Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay (MIDES), de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Contó, asimismo, con el patrocinio de los siguientes organismos del sistema de Naciones Unidas en Uruguay: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM). Entre los objetivos que motivaron la realización de esta iniciativa se destacan: contribuir al debate sobre la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Cuidados, reflexionar sobre la actual matriz estatal de protección social, y elaborar conclusiones que sirvan de insumos para la tarea del Grupo de Trabajo encargado de coordinar el diseño del sistema, creado en mayo 2010 por resolución presidencial.

⁴² La elaboración de este Informe estuvo a cargo de Cristina Bloj, consultora, y María Nieves Rico, Oficial de Asuntos Sociales, ambas de la División de Desarrollo Social de la CEPAL.

B. Asistencia y organización de los trabajos

El Seminario se celebró en la ciudad de Montevideo el 9 de Diciembre de 2010 en la Antesala del Senado del Palacio Legislativo.

Asistencia

Participaron del Seminario el Vicepresidente de la República Oriental del Uruguay, representantes de los Ministerios de Desarrollo Social (MIDES), de Salud Pública (MSP), de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), de Educación y Cultura (MEC), de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), del Banco de Previsión Social (BPS), de la Comisión de Sistema de Cuidados del Consejo Nacional de Políticas Sociales (CNPS) y del Parlamento, todos de Uruguay. Asimismo, se contó con la presencia de representantes de los gobiernos de Ecuador y Paraguay, y de diversos organismos de Naciones Unidas: CEPAL, UNFPA, UNIFEM, UNICEF, PNUD. También participaron especialistas en la temática provenientes de los distintos ministerios, organizaciones de la sociedad civil y centros académicos, así como público interesado.

Organización de los trabajos

El Seminario se organizó de acuerdo con el siguiente temario:

- Sesión de Apertura
- Objetivos y dinámica de la reunión
- Presentación del estudio: “Hacia un Sistema Nacional de Cuidados”
- Panel de Representantes del Estado
- Panel de Comentarios I: entidades gubernamentales
- Panel de Comentarios II: centros académicos y sociedad civil
- Debate
- Perspectivas a futuro
- Sesión de Clausura

C. Desarrollo del Seminario⁴³

1. Sesión de Apertura

La apertura estuvo a cargo de la Ministra de Desarrollo Social de Uruguay, Sra. Ana Vignoli, quien subrayó el trabajo realizado por la Comisión de Sistema de Cuidados del Consejo Nacional de Políticas Sociales (CNPS). Luego hizo hincapié en la importancia de contar con un diagnóstico y con orientaciones para el proceso de interinstitucionalidad impulsado. Destacó que el sistema de cuidados es una preocupación asumida por su gestión desde el mes de marzo de 2010 y una iniciativa prioritaria para disminuir la pobreza y para generar un sistema digno de trabajo para los cuidadores y para la población que requiere de ellos. Por último hizo público su compromiso de seguir trabajando conjuntamente para fortalecer el proceso interinstitucional en marcha.

⁴³ Las ponencias completas presentadas en su versión multimedia, así como los debates suscitados se encuentran en el sitio WEB del Seminario <http://www.cepal.org/id.asp?id=41817>

A continuación el Director de la División de Desarrollo Social de la CEPAL, Martín Hopenhayn, celebró la iniciativa promovida por el gobierno de Uruguay y destacó el vínculo con las líneas de trabajo que la CEPAL impulsó en los últimos años. Subrayó el reto que implica el diseño de un sistema de cuidados ya que una política de cuidados involucra una gran diversidad de programas y grupos poblacionales. Destacó la sistematización de los programas y servicios, públicos y privados, de cuidado del Uruguay que presenta el documento elaborado por la CEPAL, así como la consideración de los impactos en relación con los distintos grupos socioeconómicos y localizaciones dentro del país. Subrayó, por último, que Uruguay ha realizado progresos significativos en la materia y ratificó el interés del organismo de seguir colaborando.

Susan McDade, Coordinadora Residente de Naciones Unidas en Uruguay, hizo mención al liderazgo asumido por Uruguay respecto a la consecución de una sociedad más inclusiva teniendo en cuenta las necesidades de las personas que requieren cuidados, y al acuerdo que existe con el gobierno de apoyar esta temática de manera prioritaria. Destacó los esfuerzos de la CEPAL y la intención de Naciones Unidas de arbitrar los medios para profundizar el diálogo iniciado, consolidar políticas públicas de cuidados más efectivas y atentas a la equidad de género e instrumentar mecanismos, como las encuestas de uso del tiempo, para visibilizar la situación de las mujeres. Finalmente, destacó el valor del documento de la CEPAL como herramienta para el debate, ratificando la voluntad de seguir colaborando con las instituciones nacionales e internacionales en la construcción del sistema de cuidado.

Cerró esta sesión el Vicepresidente de la República Oriental del Uruguay, Danilo Astori, quién agradeció especialmente a la CEPAL y al UNFPA, por apoyar la realización del Seminario y el proceso de formulación de un sistema nacional de cuidados. Reafirmó la importancia que tiene el evento para el gobierno, y para la sociedad uruguaya, y la correspondencia con las líneas de su gestión entre las que destaca enriquecer la matriz de protección social articulando enfoques universales y focalizados en las políticas sociales y, en particular, en lo que concierne a un sistema de cuidados. Por último, hizo hincapié en que el sistema de cuidados no es una dimensión autónoma sino que tiene que estar articulado a la matriz de protección social y manifestó el apoyo del gobierno al Grupo de Trabajo encargado del diseño del sistema coordinado por Andrés Scagliola, Director Nacional de Política Social.

2. Objetivos y Dinámica

María Nieves Rico de la CEPAL destacó la labor conjunta de la CEPAL, con el MIDES, la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del UNFPA/LACRO y la Oficina del UNFPA para Uruguay, y el carácter de proceso de la misma, orientada a visibilizar la problemática del cuidado y a instrumentar los medios para distribuir mejor las responsabilidades entre las familias, el Estado, el mercado y la comunidad. Hizo mención a la necesidad de concebir al sistema de cuidados desde un enfoque de derechos, y no desde una perspectiva meramente asistencial. Asimismo, enfatizó la importancia de promover políticas de tiempo a la vez que cambios culturales que conduzcan a valorar la tarea de cuidado y lograr mayor financiamiento. Señaló, también, que si bien Uruguay cuenta con una trayectoria de investigación relevante, el documento debatido en el Seminario permitió sistematizar potencialidades y déficits a la vez que estimular el diálogo alrededor de cómo articular y coordinar el abanico de instituciones y actores involucrados en un proceso de trabajo intersectorial e interinstitucional como el actual.

3. Presentación del estudio: “Hacia un Sistema Nacional de Cuidados”⁴⁴

Soledad Salvador, consultora de la CEPAL y autora del documento central del Seminario, manifestó su satisfacción por el espacio que proporcionó la reunión para discutir de forma interdisciplinaria el tema del cuidado. Subrayó el carácter precursor de Uruguay en este área y el hecho de que puede constituirse en un ejemplo a seguir para otros países de la región. Hizo referencia a la definición de un sistema de cuidados, en tanto conjunto de acciones públicas y privadas articuladas, y recuperó el esquema del “diamante del cuidado” en el que se identifican los cuatro grandes actores (familias, Estado, mercado y comunidad) y sus interrelaciones. Luego expuso cuatro argumentaciones que fundamentan la construcción del sistema: a) contribuir al bienestar de los que requieren de cuidados y de quienes lo proporcionan; b) reducir las desigualdades sociales y de género; c) acortar las brechas de fecundidad; y d) promover el desarrollo económico y social del país. Se refirió, luego, a la diversidad de actores implicados y a sus ámbitos de pertenencia, ya sean públicos o privados, y brindó una síntesis de los componentes del sistema, las coberturas y los actuales déficits. También abordó el análisis de las propuestas de políticas públicas y destacó la necesidad de plantear más que un set fijo de provisión de cuidado, un menú con opciones diferenciadas. Para finalizar advirtió sobre la importancia de fortalecer el rol del Estado en el desarrollo y evaluación del sistema de cuidados.

4. Panel de Representantes del Estado

El Sr. Egidio Crotti, Representante de UNICEF en Uruguay, subrayó, que desde la perspectiva de su institución el proceso de formulación de un sistema nacional de cuidados representa una gran oportunidad para contribuir a romper el círculo de reproducción de la pobreza y la desigualdad.

El Director Nacional de Política Social del MIDES, Andrés Scagliola, centró su exposición en tres ejes: a) la política pública de cuidados es un paso fundamental para la equidad b) permitirá avanzar en la intersectorialidad y c) constituye una oportunidad para resignificar el término “innovación social”. Señaló que el sistema de cuidados está entre las prioridades de la CNPS junto con la actualización del Plan de Equidad a realizarse en el 2011. Destacó el aporte del documento presentado en cuya elaboración se optimizó el repertorio de políticas sociales realizado por el Ministerio. Insistió en que un sistema de cuidados no es autónomo ni se superpone con otras acciones, sino que constituye una apuesta a la equidad vinculada a la matriz de protección social y al Plan de Equidad. Advirtió que el sistema está vinculado, también, a la forma de relación entre las personas y a cómo se puede innovar en políticas públicas hacia modalidades más equitativas sociales, de género y étnico-racial. Destacó, por último, el compromiso de todas las instituciones involucradas con la iniciativa y la importancia de contar con el acompañamiento del Parlamento.

El Subsecretario del Ministerio de Salud Pública (MSP) se refirió a un estudio elaborado por el Ministerio y se centró en tres aspectos a) el concepto de un sistema nacional de cuidados; b) las responsabilidades que le competen al MSP y c) las propuestas y retos a futuros. Destacó que si bien en este momento se afianzó el sistema integrado de salud y se alcanzaron muchos logros, todavía se presentan serios obstáculos que superar. Entre los objetivos centrales del Ministerio enfatizó la equidad en la salud y la implementación de una perspectiva de derechos. Resaltó, además, la importancia del sector salud para el diseño de un sistema de cuidados y la necesidad de propiciar una mayor intersectorialidad así como estimular la participación ciudadana. Entre los compromisos asumidos en la nueva reforma destacó: a) difundir los aspectos conceptuales del cuidado; b) identificar a las poblaciones sujetos a políticas; c) reforzar la voluntad política de trabajar sobre

⁴⁴ El estudio en su versión completa y revisada se encuentra en la primera parte de este documento

capacitación de los cuidadores; y d) regular el sistema. Subrayó, por último, la intención de seguir aportando al trabajo conjunto.

Ivonne Pandiani, Asesora del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social destacó el acierto de desarrollar una línea de trabajo que requiere de la coordinación de diferentes ministerios e instituciones y que prevé una participación más amplia de la sociedad civil. Subrayó que el proceso de institucionalización del sistema implica aprendizajes cotidianos y aportes de todas las áreas y, en especial, al rol clave que le cabe su ámbito. Afirmó la decisión política de profundizar la capacitación, la generación de recursos humanos calificados, la certificación de competencias, la regulación, y la posibilidad de generar servicios que atiendan a la realidad de los cuidadores para superar “el descuido que ha sufrido el cuidador”. Subrayó, también, la preocupación del Ministerio por que se aprueben normas para compatibilizar tareas de cuidado y trabajo tales como la extensión del período de lactancia para las trabajadoras y las licencias por paternidad.

Ernesto Murro, Presidente del Banco de Previsión Social, destacó que se está frente a una gran oportunidad porque existe un fuerte apoyo del gobierno al diseño de un sistema de cuidados, tal como lo expresa la creación del Grupo de Trabajo. Hizo referencia a que desde hace seis años se está construyendo un sistema de protección social que incluye la dimensión de los cuidados lo cual habla de la búsqueda de integralidad de las políticas sociales, y subrayó que Uruguay ostenta el primer lugar en materia de protección social en América Latina. Luego de mencionar los apoyos técnicos y financieros que realiza el Banco, informó acerca de la firma de convenios con otras instituciones, la aprobación por ley del Instituto Nacional del Adulto Mayor, y de otras acciones que ponen de manifiesto el interés en la materia y la posibilidad de reunir las condiciones necesarias para avanzar en este derecho humano fundamental.

Graciela Romitti, de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, consideró que en la creación de un sistema de cuidados no se está partiendo de cero y que en los últimos años se observa una clara mejora de la matriz de protección social en el país. Planteó, también, que no se debe ver una falsa oposición entre focalización y universalización de prestaciones y que el sistema debe ser pensado para toda la sociedad y no sólo para los sectores más vulnerables. Advirtió sobre la asignación a las mujeres de determinadas cualidades para el cuidado, incluso como competencias innatas, y la necesidad de repensar estas creencias y modificar las lógicas culturales. Valoró la voluntad política del Estado de generar estos cambios y la necesidad de que estén respaldados por mayores recursos e hizo referencia al papel que también debe asumir el sector privado. Expresó, también, el compromiso de transversalizar las políticas y fortalecer la labor conjunta integrando las propuestas del gabinete social y del productivo.

La Senadora Constanza Moreira, Representante Parlamentaria subrayó la importancia de la inclusión de esta iniciativa en la agenda del MIDES como reconocimiento de los cambios producidos en las familias y en el rol de las mujeres. Insistió en la responsabilidad del Estado en la financiación del proceso y la necesidad de que el sistema coordine todas las iniciativas, públicas o privadas, que hoy se presentan de forma aislada. Hizo énfasis en la situación de los adultos mayores por ser un sector postergado pero relevante, considerando la prolongación de la esperanza de vida, y la mayor sobrevivencia de las mujeres. Estimó urgente, mejorar la capacitación así como desarrollar un sistema de información para evaluar lo realizado desde las Intendencias y desde el Gobierno Central. Pero insistió en que no basta con recibir capacitación sino que se requiere que el Estado de ejemplos de buen trato, no sólo aprobando leyes sino reglamentándolas. Expresó, finalmente, la necesidad de profundizar la discusión presupuestaria y el apoyo desde la agenda legislativa y desde la bancada femenina.

5. Panel de Comentarios I: entidades gubernamentales

Jorge Campanella, Director de INFAMILIA, señaló el valor del estudio presentado y la importancia política de la construcción del sistema de cuidados para la estrategia de desarrollo social del gobierno. Consideró a este Seminario como punto de partida de una serie de encuentros que tendrán lugar en el año 2011 en los que se espera poner efectivamente a debate el diseño del sistema y sus condiciones de ejecución. Afirmó que la propuesta de sistema de cuidado, en el marco del fortalecimiento de la matriz de protección social, resulta innovadora y que sale al encuentro de un problema central en la sociedad. Reafirmó la importancia de la interinstitucionalidad de este proceso, ratificó el apoyo político al mismo y ponderó la disposición del poder legislativo de revisar los requerimientos presupuestarios para responder al diseño del sistema.

Alicia Mañan del Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS) se comprometió a proporcionar mayor información sobre la labor desarrollada, a actualizar los datos sobre las personas con discapacidad en Uruguay, y a seguir colaborando con esta iniciativa. Hizo referencia a los programas vigentes incluyendo ayudas técnicas, recreación, talleres de sensibilización, y a las acciones orientadas a cuidar al que recibe cuidados al mismo tiempo que al cuidador. Sostuvo que los pilares básicos de la inserción de las personas son la educación y el trabajo y que los niños con discapacidad evidencian mayores dificultades de inserción escolar y de transporte y movilidad. Expresó la disposición de participar de manera regular de la discusión interinstitucional.

Beatriz Ramírez, Directora de INMUJERES recordó que la temática de cuidados fue muy debatida en los años 70 por el movimiento feminista y que hoy Uruguay lidera en América Latina. Insistió en que el cuidado ha recaído sobre las mujeres por lo que el debate debe situarse alrededor de la reconceptualización de los roles masculinos y femeninos, y de cómo compartir estas responsabilidades entre el Estado, el mercado, la sociedad, y la familia. Subrayó que la concepción tradicional de cuidados ha cambiado y que desde el sector privado han surgido alternativas para suplir el déficit en el hogar, y que la mayor demanda de estos servicios proviene de los sectores de mayores ingresos. Destacó, por último, la responsabilidad del Estado en el diseño del sistema, las corresponsabilidades, y el imperativo de construir nuevos contratos de género.

Ignacio Sammarco, integrante del Área de Personas Adultas Mayores del MIDES, retomó la problemática del envejecimiento de la población uruguaya y la feminización de la vejez y destacó que si bien el Estado ha mejorado las prestaciones aún no son suficientes, y que el mercado no ofrece condiciones accesibles para toda la población. Advirtió, también, que las necesidades de cuidados son objetivas pero también subjetivas y que considerar la dimensión de los recursos es tan importante como la dimensión cultural y social. Sugirió, por último, que el sistema debería tributar a la construcción de una visión de los adultos mayores como sujetos de derecho con autonomía como ciudadanos.

Jorge Ferrando, del Instituto del Niño y el Adolescente (INAU), retomó la idea de considerar el cuidado desde el punto de vista objetivo y, al mismo tiempo, como construcción subjetiva; recuperando sus diferentes significados y valoraciones al interior de las sociedades. En el marco de la actual crisis del cuidado, planteó la necesidad de instrumentar los medios para contar con personas que den apoyo (transitorio o definitivo) en los casos en que las familias no puedan hacerlo, y que para que ello sea posible es fundamental, entre otras acciones, agilizar el sistema de adopción. Por último subrayó que se está transitando por un profundo cambio cultural que ha promovido mayor visibilidad y formalización del cuidado lo cual resulta muy auspicioso.

Luis Garibaldi, del Ministerio de Educación y Cultura, argumentó que la educación está intrínsecamente ligada a la problemática del cuidado y que es una dimensión clave para el desarrollo del niño. Afirmó que el INAU debe ocuparse, entre otras cosas, de regular los ámbitos privados, promover la formación, y elaborar requisitos mínimos y criterios de calidad para evaluar

la actividad educativa y de cuidado en la primera infancia. Destacó los avances producidos en el marco del Consejo de Coordinación de Educación de la Primera Infancia, y la importancia de priorizar el desarrollo de las escuelas de tiempo completo como alternativa pedagógica, educativa y de cuidado. Respecto de la discapacidad sostuvo que las acciones prioritarias deben orientarse a lograr mayor inclusión y en cuanto a los adultos mayores, al cuidado y a la felicidad.

6. Panel de Comentarios II: centros académicos y sociedad civil

Carmen Midaglia, del Instituto de Ciencia Política de la Universidad de la República, subrayó la importancia del documento presentado y de los diagnósticos que incorporan un abordaje amplio, incluso territorial, además de contener propuestas y referencias a los componentes estructurales. A partir de la revisión de la bibliografía internacional sobre las reformas de los sistemas de protección social, desde fines de los años ochenta, identificó dos tendencias complementarias aunque diferentes: una que dirige la atención hacia los servicios sociales básicos del sistema de protección y otra que se orienta a la complementación en los casos en que la primera haya sido ya impulsada; en esta última ubicó el sistema de cuidados. Y concluyó que el sistema de protección social uruguayo es un caso intermedio con rasgos mixtos y con dosis importantes de informalidad. Argumentó que “no todo es cuidado”, y que el sistema de salud y el educativo no entrarían dentro del sistema de cuidado, e insistió en la necesidad de diferenciar qué prestaciones forman parte del sistema y cuales no.

Clara Fassler, Coordinadora de la Red Género y Familia recordó que el tema de cuidados ha sido abordado por la red desde el año 1994, como respuesta a los cambios operados en las familias y a la incorporación de las mujeres al mundo del trabajo. Destacó, asimismo, cómo han contribuido a delimitar el campo y a implementar diferentes estrategias de producción colectiva para que las mujeres puedan ejercer sus derechos. Advirtió, también, que desde el año 2009 se ha consolidado de forma más clara un discurso compartido alrededor del sistema integrado de cuidados y que la conformación del Grupo de Trabajo es un hito en este camino. Luego sintetizó algunas de las expectativas de la sociedad civil respecto del proceso: a) que el Grupo de Trabajo recupere los aportes de los diferentes actores; b) que se pueda construir un sistema articulado con un diseño institucional y presupuestal integrado; c) que se incorpore la perspectiva de género; y d) que el sistema esté dotado de una institucionalidad que le permita funcionar y brindar los servicios integrados e integrales. Por último, afirmó que se requiere del compromiso de diversos actores, sobre todo del ámbito político, y de leyes que sustenten el sistema y le aseguren financiamiento.

Karina Batthyány, de la Universidad de la República y consultora del UNFPA, presentó una propuesta de agenda de investigación en torno al cuidado desde una perspectiva de género y de derechos. Destacó que el cuidado hoy es un problema urgente por razones demográficas, por el incremento de las tareas de cuidado y la distribución sexual inequitativa, y porque las mujeres se encuentran en un proceso emancipatorio contradictorio en la medida que en la actualidad además de capacitarse y trabajar siguen a cargo de los cuidados. Subrayó, también, el valor de la encuesta de uso del tiempo como herramienta para conocer las cargas de cuidados y la importancia de realizar una nueva encuesta en el 2011. Planteó una serie de interrogantes para una agenda de investigación, entre los que destacan: ¿Cuáles son las estrategias, preferencias y expectativas de cuidado de la población uruguaya?; ¿Qué significa un “cuidado de calidad”?; ¿Qué forma toman los arreglos de cuidado? y ¿Qué consecuencias tiene sobre las relaciones de género? Y, por último, enfatizó la necesidad de analizar las articulaciones del discurso experto y de cómo los actores claves lo producen y reproducen.

Rosario Aguirre, de la Universidad de La República y consultora del UNFPA centró su exposición en el trabajo remunerado de cuidados. Hizo hincapié en que Uruguay asiste a un proceso de externalización de los cuidados como parte de las nuevas estrategias de las familias y

que se evidencia una voluntad política de contribuir al diseño de un sistema que garantice estos nuevos derechos sociales. Enfatizó la necesidad de poner en la mira a las personas que prestan cuidados y avanzar en la producción de información y conocimiento sobre las condiciones laborales, las necesidades de formación y las remuneraciones. Por último, se refirió a cuatro puntos para pensar la problemática: 1) las precisiones sobre el concepto de cuidado aplicado al trabajo remunerado; 2) la identificación estadística de las personas ocupadas en el sector; 3) el análisis de la organización del sector y las condiciones de la negociación colectiva; 4) la elaboración de líneas de acción para mejorar el conocimiento y tomar decisiones, con el objetivo de elevar la calidad del empleo de los que cuidan.

7. Perspectivas a futuro

Fernando Filgueira, Representante Auxiliar de UNFPA Uruguay, expresó su agradecimiento al MIDES y a la CEPAL así como a todas las agencias de Naciones Unidas en Uruguay. Centró, luego, su exposición en tres puntos: 1) La dimensión conceptual del cuidado, como un sistema no meramente asistencial sino como una reformulación de cómo se utiliza el tiempo y se distribuye la carga del trabajo remunerado y no remunerado en una sociedad; 2) Estrategias a futuro, y mencionó dos “velocidades” ligadas a los desafíos que implica todo sistema de protección social en su dimensión de cuidados; la primera que remite a la interinstitucionalidad e institucionalidad, y la segunda, a desafíos que ya están siendo abordados por las políticas públicas o por el mercado. Sostuvo que la matriz de protección social avanzó, que estas segundas velocidades irán más rápido que las primeras y que se hace necesario combinarlas y asumir definiciones estratégicas, donde la Comisión de Cuidados tiene un rol clave; 3) La investigación, y subrayó la importancia de conocer las preferencias de la población y cómo las familias solucionan sus demandas de cuidado. Destacó la necesidad del aporte de investigaciones y de las encuestas de uso del tiempo como insumos para el diagrama de políticas. Por último, hizo énfasis que alrededor de los temas expuestos hay que discutir sobre recursos destinados a los cuidados, la fragmentación existente en las políticas públicas y la información que aún se requiere.

8. Sesión de Clausura

El Director de la División de Desarrollo Social de la CEPAL destacó que el Seminario permitió contrastar ideas desde diferentes perspectivas: los decisores y ejecutores de políticas, la sociedad civil, y la academia. Reflexionó acerca de la necesidad de vincular el sistema de cuidado a la democratización del espacio privado para pensar cómo se distribuye el tiempo de trabajo remunerado y no remunerado. Resaltó que el cuidado tendría un sesgo de “equidad” en el caso de los niños de familias pobres que no tienen acceso a servicios de mercado y la población discapacitada y de “igualdad” en el último tramo de la vida. Destacó la ventana de oportunidades que genera el crecimiento económico, y afirmó que los cuidados que provee el sector público, en particular, favorecen la capacitación de las mujeres y les brindan un protagonismo singular en el nuevo escenario de desarrollo. Advirtió, por último, que sobre Uruguay pesa una espada de Damocles con el envejecimiento de la población lo que dificultará aún más, a futuro, generar los recursos necesarios para afrontar los nuevos requerimientos de cuidado.

Esteban Caballero, Representante del UNFPA, destacó los cambios producidos en la región en los últimos veinte años y además de insistir en que el debate sobre el sistema de cuidados tiene la particularidad de la intersectorialidad y la de reunir los componentes del “diamante del cuidado” (familias, Estado, mercado y comunidad). Respecto a la construcción del sistema de cuidados manifestó preocupación por iniciativas individuales que pretendan imponer sus urgencias y subrayó que la formación del sistema debe ser parte de un proceso. Afirmó, también, el rol que debe desempeñar el sistema de Naciones Unidas, impulsando la discusión y brindando asistencia técnica

como plataforma para que los actores puedan dialogar y compartir las múltiples iniciativas. Por último, comunicó el interés del UNFPA de apoyar una nueva encuesta de uso del tiempo para el 2011 en respuesta a la importancia concedida a esta herramienta a lo largo del Seminario.

Como cierre del Seminario Lauro Meléndez, Subsecretario del Ministerio de Desarrollo Social, agradeció a los organizadores y destacó la amplia participación con que contó el Seminario. De todas maneras advirtió sobre la ausencia del poder judicial e insistió en lo determinante que resultaría esta presencia tratándose de uno de los tres poderes. Destacó el compromiso del MIDES en la rendición de cuentas, la voluntad de acompañar el proceso y solicitó a los organismos internacionales una participación activa y sostenida en el tiempo. Afirmó que es central considerar en estos procesos de discusión los condicionamientos, la redistribución de la riqueza, y la segregación que sufren algunos sectores de la población. Subrayó asimismo la necesidad de superar la dicotomía entre universalidad y focalización en política social y atender de manera urgente a los sectores más vulnerables (discapacitados, adultos mayores, gente discriminadas por su etnia, entre otros). Reiteró, por último, el compromiso del MIDES con la iniciativa de construir un sistema nacional de cuidados.

D. Acuerdos y recomendaciones del Seminario

De las presentaciones realizadas en el Seminario y de los debates se desprenden los siguientes acuerdos y recomendaciones:

- La importancia de afrontar en el corto plazo el reto de diseñar, financiar y articular de manera conjunta el sistema de cuidados, con perspectiva de género.
- La necesidad de comprometer a una amplia gama de actores, favoreciendo la intersectorialidad y la interinstitucionalidad, así como considerar las necesidades de las cuidadoras y cuidadores y de quienes reciben los cuidados.
- El sistema tiene que priorizar la mejora de la calidad, la cobertura, la capacitación, la regulación, la fiscalización, el precio y la protocolización de los servicios y una mayor integralidad de los mismos.
- El sistema debe contemplar las particularidades territoriales, culturales y étnicas, y las necesidades objetivas y subjetivas de las personas.
- Es fundamental promover la firma de acuerdos y leyes que garanticen la institucionalidad, sustentabilidad y financiamiento del sistema, con activa participación del parlamento.
- Es importante impulsar políticas de tiempo en diversos ámbitos, y un cambio cultural rígido a una redistribución del tiempo y el trabajo dentro y fuera de los hogares.
- El sistema no se debería basar en su estatización, sino en el desarrollo de corresponsabilidades entre todos los sectores involucrados y la apertura de nuevos canales de participación ciudadana de modo que sea realmente inclusivo.
- La construcción del sistema puede requerir una instancia de coordinación de todos los programas o un protocolo y un sistema de evaluación que permita cruzarlos.
- Es necesario arbitrar mecanismos como las encuestas de uso del tiempo que permiten visibilizar las situaciones por las que atraviesan las mujeres.
- Es fundamental concebir el sistema de cuidados de manera articulada a la matriz de protección social.

- Se requiere generar recursos humanos capacitados y certificar esos conocimientos, de manera de regular y formalizar el trabajo de cuidado para que sea valorizado. Asimismo, hay que elaborar normas que permitan compatibilizar las tareas de cuidado y el trabajo.
- Es relevante precisar, discursivamente y conceptualmente, qué prestaciones son parte del sistema de cuidados y cuales no.
- Urge desarrollar un sistema de información para evaluar lo realizado hasta el momento, las acciones pendientes y los costos de las mismas con miras al corto y mediano plazo.
- Es fundamental seguir produciendo diagnósticos e investigaciones cualitativas y cuantitativas, desde una perspectiva de género, y elaborar una agenda de temas para apoyar los procesos de toma de decisiones.

E. Programa del Seminario y ponentes

**Seminario: “Hacia un sistema nacional de cuidados en Uruguay”
Montevideo, 09 de diciembre de 2010**

Sesión de Apertura

Ana Vignoli, Ministra de Desarrollo Social, Uruguay
Martín Hopenhayn, Director División de Desarrollo Social, CEPAL
Susan McDade, Coordinadora Residente Naciones Unidas, Uruguay
Danilo Astori, Vicepresidente de la República Oriental del Uruguay

Contexto, objetivos y dinámica del Seminario

María Nieves Rico, División de Desarrollo Social, CEPAL
 Presentación estudio: Hacia un Sistema Nacional de Cuidados
Soledad Salvador, Consultora CEPAL.

Panel de representantes del Gobierno

Moderador: Egidio Crotti, Representante de UNICEF en Uruguay
Representantes de Comisión de Sistema de Cuidados del CNP
Andrés Scagliola, Director Nacional de Política Social MIDES
Jorge Venegas, Subsecretario de MSP
Ivonne Pandiani, Asesora del MTSS
Ernesto Murro, Presidente del Banco de Previsión Social
Graciela Romitti, Oficina de Planeamiento y Presupuesto
Representante Parlamentaria
Constanza Moreira, Senadora

Panel de Comentarios

Irene Rodríguez, Coordinadora Interina de Programa País UNIFEM (Moderadora)
Jorge Campanella, Director de INFAMILIA
Alicia Mañan, PRONADIS
Beatriz Ramírez, Directora de INMUJERES
Ignacio Sammarco, Representante del Área de las Personas Adultas Mayores
Jorge Ferrando, Instituto del Niño y el Adolescente en Uruguay
Luis Garibaldi, Ministerio de Educación y Cultura

Panel de Comentarios

Virginia Varela, UNDP (Moderadora)
Carmen Midaglia, Instituto de Ciencia Política
Clara Fassler, Red Género y Familia
Karina Batthyány, Universidad de la República
Rosario Aguirre, Universidad de la República

Perspectivas a futuro

Fernando Filgueira, Representante Auxiliar. UNFPA. Uruguay.

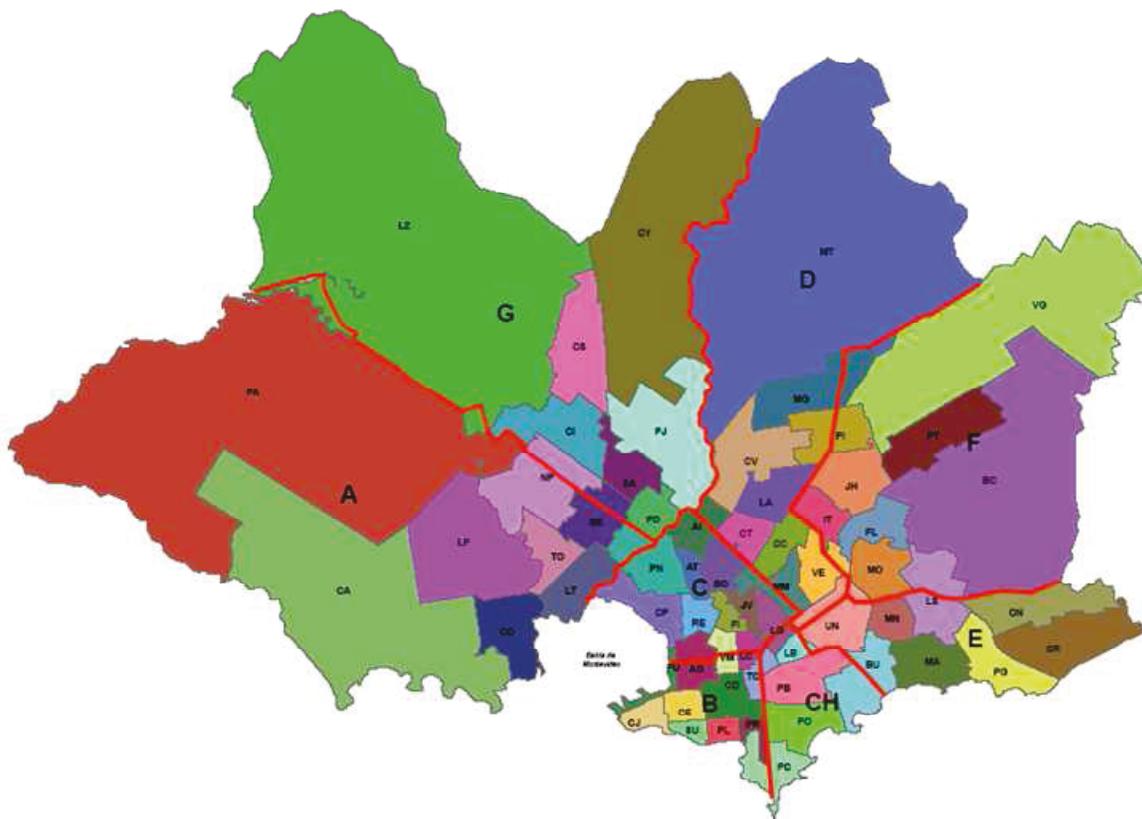
Sesión de Clausura

Martín Hopenhayn, Director División de Desarrollo Social. CEPAL
Esteban Caballero, Representante UNFPA en Perú y Director de País para Chile y Uruguay
Lauro Meléndez, Subsecretario del Ministerio de Desarrollo Social.

Anexos

Anexo 1. Plano de Montevideo

MAPA A.1.1
PLANO DE MONTEVIDEO SEGÚN BARRIOS Y ALCALDÍAS



Fuente: Servicio de Geomática (Abril de 2010), Intendencia Municipal de Montevideo. http://www.montevideo.gub.uy/sites/default/files/articulo/Plano_Municipios_soloBarrios_A0.pdf

Nota: los límites y los nombres que figuran en los mapas de este documento, no implican su apoyo o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas.

Alcaldía	Barrios
A	Belvedere, Casabo, Pajas Blancas, Cerro, La Paloma Tomkinson, La Teja, Nuevo París, Paso de la Arena, Tres Ombúes, Pueblo Victoria.
B	Aguada, Barrio Sur, Centro, Ciudad Vieja, Cordón, Palermo, Parque Rodó, Tres Cruces.
C	Aires Puros, Atahualpa, Brazo Oriental, Capurro y Bella Vista, Figurita, Jacinto Vera, La Comercial, Larrañaga, Prado Nueva Savona, Reducto, Villa Muñoz, Retiro.
CH	Buceo, La Blanqueada, Parque Batlle, Villa Dolores, Pocitos, Punta Carretas.
D	Casavalle, Castro, Castellanos, Cerrito, Las Acacias, Manga, Toledo Chico, Mercado Modelo y Bolívar, Piedras Blancas, Villa Española.
E	Carrasco, Carrasco Norte, Las Canteras, Malvín, Malvín Norte, Punta Gorda, Unión.
F	Bañados de Carrasco, Flor de Maroñas, Ituzaingó, Jardines del Hipódromo, Maroñas, Guaraní, Punta de Rieles, Bella Italia, Villa García, Manga Rural.
G	Colón Centro y Noroeste, Colón Sureste, Abayuba, Conciliación, Lezica, Melilla, Paso de las Duranas, Peñarol, Lavalleja, Sayago.

Anexo 2. Cuadros estadísticos

CUADRO A.2.1
URUGUAY: DEPARTAMENTOS SEGÚN NIVELES DE INDIGENCIA,
POBREZA Y VULNERABILIDAD A LA POBREZA, 2009

(En porcentajes)

Departamentos	No vulnerable	Vulnerable a la pobreza	Pobre y altamente vulnerable a la pobreza	Indigente y altamente vulnerable a la indigencia	Total
Montevideo	48,8	19,6	22,2	9,3	100
Artigas	29,8	23,6	36,2	10,5	100
Canelones	54,5	23,1	17,3	5,2	100
Cerro Largo	36,2	27,4	32,1	4,3	100
Colonia	58,7	22,4	16,0	2,9	100
Durazno	48,1	22,3	25,4	4,1	100
Flores	59,2	23,5	14,0	3,3	100
Florida	49,1	26,8	18,9	5,2	100
Lavalleja	49,6	26,1	20,1	4,2	100
Maldonado	71,3	18,3	9,6	0,8	100
Paysandú	46,3	24,6	21,9	7,2	100
Río Negro	47,2	25,1	23,1	4,6	100
Rivera	36,9	29,3	25,0	8,8	100
Rocha	45,7	26,8	24,0	3,5	100
Salto	40,8	25,7	25,4	8,0	100
San José	55,3	24,8	17,4	2,5	100
Soriano	46,3	25,1	22,5	6,1	100
Tacuarembó	41,5	22,4	28,9	7,2	100
Treinta y Tres	43,0	21,6	29,3	6,1	100
Total	49,3	22,2	21,6	6,9	100

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

CUADRO A.2.2
URUGUAY: DEPARTAMENTOS SEGÚN LA ESTRATIFICACIÓN SOCIAL PROPUESTA
POR LA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA, 2009
(En porcentajes)

Departamentos	Pobreza estructural	Pobre según NBI o ingreso	No pobre a 1 LP	No pobre a 2 LP	No pobre a 3 LP	No pobre a 4 LP	Total
Montevideo	16,6	18,4	24,2	17,4	9,6	13,9	100,0
Artigas	25,1	31,4	23,1	10,8	4,5	5,1	100,0
Canelones	12,5	26,9	19,6	17,9	10,5	12,5	100,0
Cerro Largo	18,0	26,5	29,4	12,6	7,1	6,4	100,0
Colonia	8,3	22,9	24,0	21,0	10,8	13,0	100,0
Durazno	15,2	30,0	20,2	18,6	6,8	9,2	100,0
Flores	7,1	23,4	24,9	23,8	9,8	11,0	100,0
Florida	10,4	26,7	28,3	18,0	8,1	8,4	100,0
Lavalleja	9,3	31,9	24,2	15,9	9,5	9,2	100,0
Maldonado	5,3	27,1	13,9	20,5	13,0	20,2	100,0
Paysandú	16,9	24,4	23,4	16,8	8,3	10,2	100,0
Río Negro	11,3	29,6	23,5	18,2	8,0	9,3	100,0
Rivera	16,8	33,8	23,6	13,4	5,4	7,0	100,0
Rocha	13,9	27,7	26,9	16,2	6,7	8,7	100,0
Salto	18,4	27,9	22,9	13,4	7,7	9,6	100,0
San José	10,4	26,9	22,0	21,4	10,1	9,2	100,0
Soriano	15,3	26,5	23,5	17,4	8,3	9,1	100,0
Tacuarembó	19,9	26,5	24,6	14,4	6,9	7,7	100,0
Treinta y Tres	18,2	27,4	22,5	15,3	7,9	8,8	100,0
Total	14,9	23,6	23,0	17,2	9,2	12,0	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

CUADRO A.2.3
URUGUAY: DEPARTAMENTOS SEGÚN RELACIÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA
Y TIPO DE POBLACIÓN DEPENDIENTE, 2009
(En porcentajes)

Departamentos	Ratio dep/activos	Estructura dependencia según edad				Total
		0 a 5	6 a 12	65 a 79	80 y más	
Montevideo	52,2	23,2	29,4	34,4	13,0	100,0
Artigas	56,8	25,2	40,5	27,7	6,6	100,0
Canelones	54,2	24,9	35,6	30,5	9,0	100,0
Cerro Largo	59,1	21,0	35,6	34,7	8,7	100,0
Colonia	57,8	20,7	29,0	37,3	13,0	100,0
Durazno	63,0	23,5	34,7	31,1	10,7	100,0
Flores	52,9	21,6	29,3	38,9	10,2	100,0
Florida	58,5	20,4	31,8	37,0	10,8	100,0
Lavalleja	58,2	20,5	32,5	35,2	11,8	100,0
Maldonado	54,4	25,8	33,9	32,7	7,6	100,0
Paysandú	60,6	23,0	37,7	30,2	9,1	100,0
Río Negro	60,0	25,8	35,9	28,1	10,2	100,0
Rivera	55,0	24,7	37,8	29,5	8,0	100,0
Rocha	61,3	22,5	34,0	33,2	10,3	100,0
Salto	57,7	26,1	37,3	29,2	7,4	100,0
San José	54,7	24,3	34,3	30,9	10,5	100,0
Soriano	58,2	26,5	35,2	29,5	8,9	100,0
Tacuarembó	59,4	22,5	37,7	31,1	8,7	100,0
Treinta y Tres	56,2	23,0	37,4	30,3	9,3	100,0
Total	54,9	23,6	32,9	32,7	10,8	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

CUADRO A.2.4
ALUMNOS MATRICULADOS DE EDUCACIÓN PRIMARIA PÚBLICA EN EDUCACIÓN COMÚN POR CATEGORÍA
SEGÚN DEPARTAMENTO, ABRIL DE 2009.

Departamento	Total	Sub total urbanas y JICI	Escuelas urbanas					JICI ^a	Escuelas rurales		
			Sub total	Urbana común	Tiempo completo	Práctica ^b	Contexto sociocultural crítico	1º y 2º	Sub total	Comun	Internado
Total del país	288 248	269 454	268 691	114 842	25 399	40 751	87 699	763	18 794	18 653	141
Total Montevideo	88 620	88 620	88 358	40 198	7 260	6 320	34 580	262	0	0	0
Interior	199 628	180 834	180 333	74 644	18 139	34 431	53 119	501	18 794	18 653	141
Artigas	9 621	8 750	8 750	2 470	1 230	1 685	3 365	0	871	828	43
Canelones	46 825	44 037	43 953	19 768	2 999	6 534	14 643	84	2 788	2 788	0
Cerro Largo	9 636	8 505	8 451	2 575	756	2 355	2 765	54	1 131	1 131	0
Colonia	10 832	9 418	9 387	6 300	837	1 606	644	31	1 414	1 414	0
Durazno	6 237	5 680	5 636	1 610	697	1 222	2107	44	557	557	0
Flores	2 273	2 008	2 008	935	272	567	234	0	265	240	25
Florida	6 563	5 761	5 761	2 582	831	1 248	1 100	0	802	802	0
Lavalleja	5 350	4 869	4 849	2 397	791	1 375	286	20	481	481	0
Maldonado	13 902	13 002	13 002	8 104	1 004	2 034	1 860	0	900	880	20
Paysandú	12 609	11 351	11 335	3 234	1 223	2 446	4 432	16	1 258	1 229	29
Río Negro	6 242	5 488	5 445	2 792	521	918	1 214	43	754	730	24
Rivera	12 478	11 170	11 109	2 183	970	1 499	6 457	61	1 308	1 308	0
Rocha	7 041	6 684	6 684	4 095	836	1 095	658	0	357	357	0
Salto	14 677	13 070	13 070	4 408	1 986	2 334	4 342	0	1 607	1 607	0
San José	10 322	8 989	8 892	3 489	1 155	1 605	2 643	97	1 333	1 333	0
Soriano	8 893	8 166	8 166	3 564	518	1 854	2 230	0	727	727	0
Tacuarembó	10 618	8 853	8 853	2 434	1 093	1 781	3 545	0	1 765	1 765	0
Treinta y Tres	5 509	5 033	4 982	1 704	420	2 264	594	51	476	476	0

Fuente: Planillas enviadas por las Inspecciones Departamentales a abril de 2009, Departamento de Estadísticas Educativas del Consejo de Educación Inicial y Primaria, Ministerio de Educación y Cultura.

^a Jardín de Infantes de Ciclo Inicial. Jardines de Infantes que poseen Niveles 3, 4, 5 y 1er grado y 2do grado.

^b Son las escuelas donde se realizan prácticas docentes.

CUADRO A.2.5
ALUMNOS MATRICULADOS EN EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA PÚBLICA EN EDUCACIÓN ESPECIAL,
POR TIPO DE DISCAPACIDAD, SEGÚN DEPARTAMENTO, ABRIL DE 2010

Departamento	Total			Intelectuales y otras			Sensoriales								
	Total	Escuelas	Clases	Subtotal	Escuelas	Clases	Subtotal			Auditivos			Visuales		
							Subtotal	Escuelas	Clases	Subtotal	Escuelas	Clases	Subtotal	Escuelas	Clases
Total del País	7 702	7 501	201	7 263	7 220	43	439	281	158	346	208	138	93	73	20
Montevideo	3 256	3 256	0	3 072	3 072	0	184	184	0	111	111	0	73	73	0
<i>Jurisdicción Centro</i>	1 302	1 302	0	1 191	1 191	0	111	111	0	111	111	0	0	0	0
<i>Jurisdicción Oeste</i>	1 180	1 180	0	1 127	1 127	0	53	53	0	0	0	0	53	53	0
<i>Jurisdicción Este</i>	774	774	0	754	754	0	20	20	0	0	0	0	20	20	0
Interior	4 446	4 245	201	4 191	4 148	43	255	97	158	235	97	138	20	0	20
Artigas	229	214	15	214	214	0	15	0	15	15	0	15	0	0	0
Canelones	778	729	49	749	729	20	29	0	29	29	0	29	0	0	0
<i>Jurisdicción Oeste</i>	521	512	9	512	512	0	9	0	9	9	0	9	0	0	0
<i>Jurisdicción Pando</i>	191	167	24	171	167	4	20	0	20	20	0	20	0	0	0
<i>Jurisdicción Costa</i>	66	50	16	66	50	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cerro Largo	264	239	25	250	239	11	14	0	14	14	0	14	0	0	0
Colonia	267	254	13	254	254	0	13	0	13	13	0	13	0	0	0
Durazno	229	202	27	214	202	12	15	0	15	14	0	14	1	0	1
Flores	59	59	0	59	59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Florida	172	167	5	167	167	0	5	0	5	5	0	5	0	0	0
Lavalleja	153	146	7	146	146	0	7	0	7	7	0	7	0	0	0
Maldonado	281	281	0	254	254	0	27	27	0	27	27	0	0	0	0
Paysandú	215	196	19	196	196	0	19	0	19	14	0	14	5	0	5
Río Negro	188	185	3	185	185	0	3	0	3	3	0	3	0	0	0
Rivera	266	266	0	249	249	0	17	17	0	17	17	0	0	0	0
Rocha	226	226	0	226	226	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salto	330	322	8	269	269	0	61	53	8	53	53	0	8	0	8
San José	254	248	6	248	248	0	6	0	6	6	0	6	0	0	0
Soriano	216	213	3	213	213	0	3	0	3	3	0	3	0	0	0
Tacuarembó	192	176	16	176	176	0	16	0	16	10	0	10	6	0	6
Treinta y Tres	127	122	5	122	122	0	5	0	5	5	0	5	0	0	0

Fuente: Departamento de Estadísticas Educativas del Consejo de Educación Inicial y Primaria, Ministerio de Educación y Cultura.

CUADRO A.2.6
URUGUAY: PERSONAS CON DISCAPACIDAD
SEGÚN TRAMOS DE EDAD Y SEXO, 2004
(En porcentajes)

Tramos de edad	Total de personas con discapacidad			Con discapacidad y necesidad de ayuda		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
0-9	2,8	2,0	2,4	2,1	1,5	1,8
10 a 19	4,6	2,8	3,7	3,3	2,1	2,8
20 a 29	3,2	2,6	2,9	1,8	1,2	1,5
30 a 39	4,2	3,2	3,7	2,0	1,5	1,7
40 a 49	4,0	4,8	4,4	1,7	2,1	1,9
50 a 59	7,8	8,0	7,9	2,5	2,4	2,5
60 a 64	11,3	11,8	11,6	4,1	4,6	4,4
65 a 69	13,2	15,2	14,3	6,3	6,5	6,4
70 a 74	18,7	20,3	19,7	9,4	11,3	10,6
75 a 79	25,3	25,8	25,6	12,9	15,5	14,5
80 a 84	33,0	37,2	35,7	18,6	25,1	22,7
85 a 89	49,3	45,4	46,7	27,3	35,1	32,5
90 años y más	50,6	61,7	58,9	35,9	51,7	47,7
Total	7,0	8,2	7,6	3,6	4,5	4,1

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los microdatos de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, septiembre de 2003 a agosto de 2004 del INE.

Anexo 3. Sobre servicios y prestaciones para el cuidado infantil de 0 a 12 años⁴⁵

1. Servicios de cuidado para niños y niñas de 0 a 3 años

a) Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF) modalidad diaria (de 0 a 3 años)

Los CAIF constituyen un programa de cuidado que brinda atención y educación a niños y niñas de 0 a 3 años y a sus familias. Este programa es de alcance nacional, es coejecutado por organismos públicos como el INDA y 260 asociaciones civiles sin fines de lucro en la modalidad de convenio. El diseño del programa es descentralizado, con autonomía financiera y cuenta con unidades de supervisión en los 19 departamentos.

Los centros funcionan durante todo el año y otorgan más de dos prestaciones en bienes y servicios. Entre sus componentes se destacan el programa alimentario nutricional y de salud bucal. Para acceder al programa, existen un criterio etario y de distinción económica, además de ciertas condiciones familiares como pertenecer a hogares monoparentales, con jefatura femenina, tener niños y niñas a cargo y que existan problemas de convivencia. Otra exigencia es asistir asiduamente al CAIF. La cédula de identidad de los menores de edad así como el carné de asistencia de salud son necesarios para acceder al programa.

La unidad de beneficio del programa son algunos miembros del hogar. Se hacen intervenciones con mujeres embarazadas, niños de 0 a 3 años y padres o adultos a cargo. En el año 2008, según el Repertorio de Políticas Sociales, la población beneficiaria alcanzó las 63.703 personas. Según datos del INAU, en octubre de 2009 el Plan CAIF atendía a 42.231 niños y niñas (INAU, 2010).

b) Subprograma INDA-CAIF

La asistencia alimentaria nutricional es brindada por el Instituto Nacional de Alimentación (INDA) y provee además educación alimentaria nutricional y vigilancia nutricional en los CAIF a nivel nacional. La población beneficiaria son los niños y niñas de 0 a 3 años que asisten a los centros.

c) Centros Primera Infancia del INAU (de 0 a 4 años)

El INAU⁴⁶ gestiona nueve centros de atención diurna para niños y niñas de 3 meses a 4 años con el objetivo de prevenir y revertir situaciones de vulnerabilidad, realizando actividades socioeducativas y de estimulación oportuna. Se trabaja también con las familias o adultos referentes.

Es un programa de carácter departamental, durante todo el año en el horario de 8 a 17 horas. El programa es ejecutado por el INAU, tiene una modalidad descentralizada sin autonomía financiera y es supervisado por personal técnico especializado del organismo. Ofrece más de dos prestaciones en bienes o servicios: opera en el área de educación, salud, alimentación y estimulación al desarrollo. Se accede a él mediante el Centro de Estudio y Derivación del INAU o

⁴⁵ La información de este anexo se basa en los datos del Repertorio de Políticas Sociales 2008 del MIDES y se complementó con información de los sitios web, consultas a las instituciones y con información de la Guía de Recursos del MIDES.

⁴⁶ “La División Protección Integral en Contexto Familiar y Comunitario está integrada por tres Programas: Centros Diurnos (incluye 9 Centros Infantiles, 6 Clubes de Niños), Centro de Referencia Familiar (2) y Programa Calle (4). En total son 21 Centros y atienden una población de 1.386 niños y adolescentes al 30 de noviembre de 2008”. Véase <<http://www.inau.gub.uy/dependencias-principales/proteccion-integral-en-contexto-familiar-y-comunitario.html>>.

mediante el sistema de INAU. Según datos del Repertorio para el año 2008, accedían 816 personas a este servicio.

d) Programa Nuestros Niños de la Intendencia Municipal de Montevideo

El programa Nuestros Niños es una propuesta socioeducativa cogestionada por la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) y organizaciones de la sociedad civil, dirigida a niñas y niños de 0 a 3 años en condiciones de vulnerabilidad social. Para acceder al servicio se debe solicitar la inscripción en los Centros Comunales Zonales y pasar por un proceso de entrevista y selección. Se ordenan las solicitudes de acuerdo a los grados de necesidad de cada familia.

e) Programa Aduana, ASSE

El programa Aduana contribuye al cuidado de los recién nacidos y lactantes en sus primeros 2 años de vida y está dirigido a niños nacidos en maternidades públicas. Consiste en un adecuado control de salud y seguimiento mediante visitas domiciliarias, una tarjeta de seguimiento y un sistema informático de registro. Depende del Programa Prioritario de Atención a la Salud de la Niñez de la Administración de los Servicios de Salud del Estado y tiene alcance nacional.

2. Servicios de cuidado para niños y niñas de 4 a 12 años

a) Educación inicial y primaria

La educación primaria común es el programa de mayor cobertura de educación primaria y atiende a la población de 6 a 13 años, organizada bajo diferentes modalidades: común urbana, común rural, tiempo completo y contexto sociocultural crítico. Todas las modalidades cumplen con el Programa para Escuelas Públicas, integrado por seis grados básicos de escolaridad. Las escuelas comunes albergan en su seno clases de educación inicial para 4 y 5 años. En los Jardines de Infantes de Ciclo Inicial (JICI) se dictan, además de la educación inicial, los dos primeros años de primaria (para niños de 3 a 7 años).

b) Educación inicial de 3 a 5 años

La educación inicial depende del Consejo de Educación Inicial y Primaria (CEIP) de la ANEP y tiene por objetivo la educación inicial dirigida a niños y niñas de 3 a 5 años mediante diferentes modalidades institucionales: jardines de infantes comunes, jardines de infantes asistenciales, jardines de infantes de ciclo inicial, grupos familísticos y clases jardineras.

El diseño del programa es central, pero tiene cobertura a nivel nacional. Existen dependencias con unidades de supervisión en todos los departamentos a cargo de la ANEP. La educación inicial es parte de la educación formal y es obligatoria a partir de los 4 años. Se imparte durante todo el año y es de carácter universal, ya que no existen criterios de diferenciación económica para su ingreso. El total de beneficiarios en el año 2008 era de 82.649 niños y niñas.

c) Educación primaria común urbana y rural

La educación primaria depende del CEIP de la ANEP y tiene por objetivo la formación de niños y niñas de 6 a 13 años. El diseño del programa es central pero tiene cobertura nacional. Existen dependencias con unidades de supervisión en todos los departamentos a cargo de la ANEP. La educación primaria urbana y rural es parte de la educación formal y es obligatoria. Se imparte durante todo el año y es de carácter universal, ya que no existen criterios de diferenciación socioeconómica para su ingreso.

El total de beneficiarios para la educación primaria urbana es de 273.491⁴⁷. En relación con la educación primaria rural, acceden a ella niños y niñas de 5 a 13 años que residen en zonas rurales del país. El total de beneficiarios para la educación primaria rural es de 19.051.

- modalidad educación en contexto sociocultural crítico: las escuelas de contexto sociocultural crítico son instituciones que cumplen con los estándares educativos de educación común a los que se suman programas de apoyo en diversas áreas formativas: socioeducativas, educación física, artística y recreación, entre otras. Acceden a ellas niños y niñas de 5 a 13 años que residen en zonas de intervención (asentamiento e inundación, entre otros). El total de beneficiarios es de 87.582.
- modalidad educación tiempo completo: las escuelas de tiempo completo atienden en un horario extendido a alumnos con alta vulnerabilidad social. Se caracterizan por cumplir con el programa de educación común, además de actividades de educación física, artística y talleres, incluye la alimentación. Acceden a estas escuelas niños y niñas de 0 a 18 años de todo el país que residen en zonas de intervención (asentamiento e inundación, entre otros). Para el año 2008, se identifican 23.942 beneficiarios.

d) Programa Maestros Comunitarios, PMC (de 6 a 14 años)

Este programa incorpora a las escuelas de contexto sociocultural crítico, que funcionan en jornadas de cuatro horas diarias, mayor tiempo pedagógico para alumnos y alumnas así como trabajo con las familias y la comunidad. El PMC busca atender a niños con bajo rendimiento escolar, con problemas de asistencia, repetidores, desertores y niños que no han ingresado al sistema formal. También son seleccionados alumnos con dificultades de integración en ámbitos grupales y de desempeño escolar. Acceden a este programa niños y niñas de 6 a 14 años de todo el país que residen en las zonas de intervención. Para mantener el beneficio deben continuar matriculados en la escuela y necesitar del apoyo según la evaluación de los maestros. Para el año 2008, se identifican 16.945 beneficiarios.

e) Transporte escolar (de 4 a 17 años)

El programa facilita el traslado de niños y niñas desde sus hogares hasta los centros educativos. Tiene diversas vertientes de acción: transporte de escolares con discapacidad, transporte de escolares de zonas alejadas a la escuela (rurales) y traslado de alumnos de zonas rurales a centros urbanos o periféricos para su escolarización.

El programa depende del CEIP de la ANEP, tiene dependencias en otras localidades que brindan el servicio e inspecciones departamentales. Funciona durante todo el año, no existen criterios de diferenciación socioeconómica para su ingreso, pero sí es requisito asistir a centros educativos iniciales, escuelas públicas de tiempo completo, escuelas públicas comunes o especiales, escuelas públicas de contexto desfavorable y educación media (Liceo, UTU, Bachillerato). A su vez, es un requisito tener alguna discapacidad o vivir en una zona alejada a la escuela (rural). Según el repertorio este programa tiene 90 beneficiarios.

f) Colonia de vacaciones de primaria (de 6 a 13 años)

Las colonias de vacaciones son instituciones creadas en el ámbito de la educación primaria, dirigidas a alumnos y alumnas provenientes de las escuelas públicas del país, que participan de pasantías por 15 días en instituciones que tienen como objetivo brindar formación educativa, recreativa y de uso del tiempo libre. Las tres colonias de vacaciones existentes dependen del CEIP de

⁴⁷ Este número incluye a alumnos y alumnas de escuelas de tiempo completo, públicas comunes, escuelas especiales y escuelas públicas de contexto desfavorable.

la ANEP. No existe un criterio de diferenciación socioeconómica, pero para acceder al beneficio se debe tener de 6 a 13 años y asistir a escuelas públicas de tiempo completo, escuelas públicas comunes o especiales y escuelas públicas de contexto desfavorable. La población beneficiaria es de 2.240.

g) Club de Niños del INAU y por convenio (de 5 a 12 años)

Es una propuesta socioeducativa cogestionada por el INAU y organizaciones de la sociedad civil o directamente por el Instituto, dirigida a niños y niñas vulnerables socialmente. Se desarrollan actividades socioeducativas, de promoción del aprendizaje, de recreación, deportivas y culturales. Los Clubes de Niños son parte de la estrategia de la Protección de Tiempo Parcial del INAU que apoya no solo a la infancia, sino a todo el núcleo familiar en el proceso de su desarrollo. Los Clubes de Niños trabajan en coordinación con los centros educativos formales de su zona a fin de ser un apoyo adicional al horario escolar, así como con otros programas del INAU, como por ejemplo el Programa Calle. Dicho programa es de alcance nacional, funciona todo el año y tiene un diseño descentralizado sin autonomía financiera. Se brindan prestaciones como la alimentación y no tiene un criterio de distinción socioeconómica, pero es necesario que los niños y niñas asistan a la escuela, en cualquiera de sus modalidades. En los clubes gestionados por el INAU, acceden niños de 6 a 12 años y el total de beneficiarios es de 284. En la modalidad por convenio, el criterio de edad es de 5 a 12 años y el programa es coejecutado por el INDA, el INAU e instituciones no estatales⁴⁸. Según datos del INAU (2010), en octubre de 2009 había 150 clubes de niños en todo el país (95 en el interior y 55 en Montevideo) que atendían a 10.008 niños.

h) Relaciones intergeneracionales BPS, Proyecto Abuelo Amigo (de 4 a 18 años)

Este programa se propone crear espacios intergeneracionales que constituyan una respuesta a la situación de niños y niñas en riesgo social, mediante un servicio a la comunidad prestado por adultos mayores en calidad de voluntarios. El programa es coejecutado por el BPS, el INAU y organizaciones sociales y está presente en algunos departamentos del interior del país. Acceden a él niños y niñas de 4 a 18 años en contexto crítico y adultos mayores de 60 años. Las personas mayores son voluntarias y son supervisadas con el objetivo de que cuenten con una estabilización emocional con el fin de afrontar las necesidades e inquietudes de los menores en riesgo social. El programa se ejecuta durante todo el año y el número de beneficiarios, contando adultos mayores y niños, es de 134 personas.

3. Prestaciones en especie: alimentación

a) Programa de Alimentación Escolar (de 4 a 13 años)

El Programa de Alimentación Escolar (PAE) tiene como finalidad contribuir al adecuado estado nutricional de niños y niñas que concurren a las escuelas públicas. El PAE, además de brindar almuerzos, desayunos y meriendas, abarca áreas como las huertas orgánicas y la realización de censos de talla⁴⁹. Los dos subprogramas del PAE son los comedores escolares y “la copa de leche”. Atiende diariamente a casi 230.000 niños distribuidos en 2.222 comedores en todo el país.

⁴⁸ Según los datos del Repertorio en 2008 las instituciones que trabajaban por convenio eran 40 y los beneficiarios 4.715.

⁴⁹ El PAE atiende todas las escuelas de tiempo completo, donde los niños acuden desde las 08:30 hasta las 16:30 horas, así como todas las escuelas de contexto crítico. Los demás centros escolares donde funcionan comedores se seleccionan por indicadores tales como hacinamiento, nivel educativo de la madre, desocupación de los padres, además de los datos obtenidos en el Censo Nacional de Talla Escolar realizado por la ANEP en el año 2002. Véase <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:IGxB_YdqKTIJ:www.cep.edu.uy/index.php%3Fopcion%3com_content%26view%3Darticle%26id%3D85%26Itemid%3D487+Programa+de+Alimentaci%C3%B3n+Escolar+anep+copa+de+leche&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=uy>.

Mediante un convenio entre el Consejo Directivo Central (CODICEN), el Ministerio de Economía y Finanzas y la Cámara de Industrias Lácteas del Uruguay, desde el año 2003 se otorga leche a diario a todos los niños que asisten a las escuelas públicas del país.

El programa depende de la Dirección General del CEIP. Su diseño es central pero tiene cobertura a nivel nacional. Existen dependencias con unidades de supervisión en todos los departamentos a cargo de la ANEP y se coejecuta con organismos públicos y con asociaciones civiles sin fines de lucro, por ejemplo, con la Fundación Logros para la instalación de huertas orgánicas en las escuelas.

Acceden al programa niños y niñas de 4 a 13 años, no tiene un criterio de diferenciación socioeconómica, pero para obtener el beneficio se debe asistir a centros educativos de nivel inicial, escuelas públicas de tiempo completo, escuelas públicas comunes o especiales, escuelas públicas de contexto desfavorable. La población beneficiaria es de 255.030 personas.

b) Programa Alimentario Nacional del INDA (de 0 a 17 años)

El Programa Alimentario Nacional depende del Instituto Nacional de Alimentación del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y tiene por objetivo promover un adecuado estado de salud y nutrición a familias en pobreza extrema o riesgo nutricional mediante la complementación alimentaria. Tiene alcance nacional y se coejecuta con las Intendencias Departamentales del interior del país. Su diseño es descentralizado, con autonomía económica y cuenta con equipos de supervisión regionales. Tiene dos modalidades:

- modalidad riesgo social-tarjeta alimentaria: desde junio de 2009 la modalidad “canasta riesgo social” ha sido remplazada por una transferencia monetaria mensual por medio de una tarjeta magnética, en convenio con el Ministerio de Desarrollo Social y Ministerio de Salud Pública en el marco del Plan de Equidad. La prestación está dirigida a familias en situación de pobreza extrema y su objetivo es permitir que las personas más desprotegidas accedan a los productos de la canasta básica y tengan la posibilidad de seleccionar de acuerdo a sus necesidades. En esta modalidad también se pueden comprar artículos de limpieza e higiene. El monto que se transfiere a la tarjeta depende del número de menores de 18 años o embarazadas que vivan en el hogar⁵⁰. Los beneficiarios son niños y niñas de 0 a 17 años, mujeres embarazadas o en lactancia en situación de pobreza extrema. Para acceder al beneficio es necesario que las familias tengan ingresos inferiores a 1.663 pesos. Además se debe presentar el carné de salud del niño o niña y de embarazo con los controles en fecha y una constancia de estudio de los menores en edad escolar, entre otros; y
- modalidad canasta de riesgo nutricional: esta modalidad está dirigida a familias con al menos una persona en situación de alto riesgo (menor de 18 años y embarazadas). Consiste en la entrega mensual de una canasta de víveres secos más el complemento de 1 kilo de leche en polvo extra por menor de 6 años o embarazada que integre el núcleo familiar. Los beneficiarios son niños y niñas de 0 a 17 años, mujeres embarazadas o en lactancia en situación o en riesgo de desnutrición. El diagnóstico de riesgo es determinado por el sector salud. Para retirar la canasta se debe presentar el “formulario de riesgo”, el carné de salud del niño o de embarazo con los controles al día y una constancia de estudio de los menores en edad escolar, entre otros. Para la ciudad de Montevideo la prestación se tramita en la Sede Central del INDA y la canasta se retira en sus locales, mientras en el interior debe tramitarse en las Intendencias Municipales.

⁵⁰ Un beneficiario 479 pesos, 2 beneficiarios 726 pesos, 3 beneficiarios 924 pesos, 4 o más 1.287 pesos. Véase <<http://www.mides.gub.uy/mides/text.jsp?contentid=3511&site=1&channel=mides>>.

Según el Repertorio, la unidad receptora del beneficio es el hogar y para el año 2008 accedieron en estas dos modalidades 208.218 personas por mes. Según datos del INDA, en el año 2008 se entregaron 166.796 canastas de riesgo social y 33.887 canastas de riesgo nutricional, es decir, en promedio se entregaron un total de 200.683 canastas por mes.

CUADRO A.3.1
PROMEDIO CANASTAS RIESGO SOCIAL Y RIESGO NUTRICIONAL, INDA, 2008

RS	Período	RN
163 320	01/08	30 060
155 667	03/08	30 503
162 340	05/08	32 494
169 437	07/08	34 029
171 396	09/08	36 822
178 614	11/08	39 413
166 796		33 887

Fuente: Instituto Nacional de Alimentación, 2008.

c) Sistema Nacional de Comedores, INDA

Este servicio dependiente del INDA brinda asistencia alimentaria con la entrega de un almuerzo diario a personas en situación de desventaja social. El programa es coejecutado por las Intendencias Departamentales y Juntas Locales del país. En Montevideo, el INDA es responsable de la totalidad de la gestión del programa: provee la planta física, equipamiento, recursos humanos y alimentos. En la actualidad existen 10 comedores. En el interior del país, se realiza con el apoyo de las Intendencias Municipales y es responsabilidad de las comunas proveer las plantas físicas, el equipamiento y el recurso humano. El INDA envía cada dos meses los víveres secos, semanalmente las carnes rojas y en forma mensual el dinero para la compra de los víveres frescos y el combustible para la elaboración de los alimentos⁵¹.

El programa tiene una población objetivo amplia, que incluye mujeres embarazadas o lactantes, niños y niñas de 19 meses a 6 años que no reciben asistencia alimentaria en guarderías públicas o privadas. También pueden acceder escolares (de 6 a 14 años) que concurran a escuelas que no tienen comedor o que no tengan cupo —lo que debe ser certificado por la institución—, o escolares cuyo comedor permanece cerrado durante el período de vacaciones.

Para ser beneficiario del servicio de comedor, existen criterios de selección como tener el carné de asistencia del Ministerio de Salud Pública, tener control pediátrico de los niños a cargo o control obstétrico para embarazadas, entre otros. Una vez en el programa, cada usuario tiene una tarjeta identificatoria, donde constan sus datos personales, tipo de servicio y su vigencia, que debe presentar cada vez que haga uso del servicio.

Los usuarios tienen derecho únicamente a una ingesta diaria y la atención es de lunes a viernes en Montevideo y de lunes a sábado en el interior del país. El usuario debe concurrir a almorzar a los lugares establecidos, sin embargo, mujeres embarazadas y niños y niñas, cuyo domicilio se encuentre ubicado a una distancia mayor de 15 cuadras, pueden acceder al servicio de vianda, en que la persona o adulto responsable retira la bandeja del comedor. Según los datos del Repertorio acceden regularmente a los comedores 12.094 personas y no es posible identificar cuántos son niños, niñas, mujeres embarazadas o lactantes.

⁵¹ Véase <www.inda.gub.uy/index.php?view=article&catid=36%3Asnc&id=53%3Asnc&option=com/content&Itemid=59>.

d) Programa de Apoyo a Instituciones Públicas y privadas del INDA

El Programa de Apoyo a Instituciones Públicas y privadas (AIPP) del INDA asiste a instituciones sin fines de lucro que realizan asistencia alimentaria y otras actividades (educativas, sociales y recreativas) a grupos de mayor vulnerabilidad biológica y social, mediante un apoyo bimestral en víveres secos. También presta asesoramiento con el objetivo de fortalecer la calidad del servicio, la utilización de los insumos transferidos y la capacidad de organización. Estas instituciones deben atender a dichos grupos, además de tener condiciones mínimas exigibles en su planta física.

En el año 2008, 45.092 personas fueron asistidas por el Programa AIPP. No es posible identificar cuántos son niños y niñas, mujeres embarazadas o lactantes.

4. Servicios de salud

a) Atención a la salud de la Niñez de la ASSE (de 0 a 11 años)

La Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) desarrolla programas de atención integral en salud a niños y niñas de 0 a 11 años, diferenciados en el primer nivel de atención. La atención en salud de la ASSE tiene cobertura a nivel nacional durante todo el año. El diseño es descentralizado, pero sin autonomía económica y cuenta con unidades de supervisión en todos los departamentos. Para acceder a los servicios se debe contar con el carné de asistencia de salud pública, que establece tres categorías: atención gratuita, bonificado 1 y bonificado 2, definido por el ingreso e integrantes del núcleo familiar. Según el Repertorio, en el año 2008 se atendieron 230.332 niños de 0 a 11 años.

b) Servicio Materno Infantil del BPS (de 0 a 10 años y madres adolescentes)

El objetivo del programa es prestar atención integral a mujeres embarazadas y a niños y niñas beneficiarios de las asignaciones familiares contributivas. El programa es ejecutado por la gerencia de salud del Banco de Previsión Social y su diseño es central, aunque tiene cobertura a nivel nacional durante todo el año. El servicio está compuesto por varios programas: programa materno infantil, programa de la unidad de perinatología, programa madres adolescentes y programa de especialidades y malformaciones. Este último es analizado en el apartado sobre discapacidad.

Los diferentes programas brindan asistencia médica, alimentos y medicamentos, específicamente:

- asistencia integral a la embarazada, asistencia del parto normal y patológico y puerperio;
- asistencia integral del recién nacido en capital e interior hasta los 90 días;
- control del crecimiento y del desarrollo psicomotor de niños y niñas hasta los 6 años en capital e interior; y
- asistencia odontológica preventiva, clínica, quirúrgica y de ortodoncia hasta los 9 años y de la madre durante el embarazo y hasta los 6 meses después del parto.

El programa madres adolescentes tiene por objetivo insertar a las madres adolescentes de ingresos bajos en el mercado laboral y que tengan hijos atendidos en los Centros Materno Infantiles del BPS. El programa ofrece un sistema de apoyo económico y social para cubrir los costos de las capacitaciones, locomoción, materiales de estudio, cuidados del hijo, apoyo docente y situaciones imprevistas. "Tiene una asignación presupuestal de 30.000 dólares anuales y cuatro Asistentes Sociales para 30 madres adolescentes. El 90% de las adolescentes egresadas están trabajando y han

podido ir accediendo a empleos mejor remunerados y adecuados a la capacitación recibida” (BPS, 2009, pág. 25).

Los beneficiarios de los diversos servicios son niños y niñas de 0 a 10 años y sus madres. Para acceder al beneficio se debe estar ocupado formalmente, ser cónyuge o concubina de un trabajador privado sin derecho a una IAMC, ser hijo o hija de trabajadores de la actividad privada y que los ingresos familiares sean menores a 10 BPC (Bases de Prestaciones y Contribuciones). Para acceder al beneficio los niños y niñas tienen que asistir de forma habitual a escuelas comunes o especiales, presentar la cédula de identidad de los menores de edad y hacerse controles periódicos de salud. La unidad del beneficio es intervención médica por lo que no se dispone de información sobre la cantidad de beneficiarios.

5. Prestaciones monetarias

a) Asignaciones familiares contributivas y del Plan de Equidad (de 0 a 18 años)

La asignación familiar contributiva (AFC) es una prestación económica brindada por el BPS, para complementar los ingresos familiares del hogar de trabajadoras y trabajadores dependientes con menores a cargo. Se otorga desde el momento de comprobar el embarazo y varía según los ingresos del hogar. El tope de ingresos totales para recibir la asignación es de 10 BPC en hogares con hasta dos niños, que aumenta según la cantidad de hijos.

Son beneficiarios los hijos menores de 18 años de trabajadores y trabajadoras dependientes que reciben educación primaria estatal o privada, hasta los 14 años, que cursan estudios de enseñanza media, hasta los 18 años, que son hijos de tributarios fallecidos, privados de libertad o con discapacidad para tareas remuneradas; los que continúan en educación primaria perciben la asignación hasta el cumplimiento de los 16 años. También perciben AFC niños y niñas que padecen alguna discapacidad, los que tienen derecho a ella de por vida, salvo que perciban una pensión por invalidez, en cuyo caso si el beneficiario estudia, se mantiene hasta el cumplimiento de los 15 años. Otras condiciones para acceder al beneficio son: cédula de identidad de menores de edad, certificación de tenencia de niños, niñas y adolescentes a cargo, asistencia a centros educativos y controles periódicos de salud. Para el año 2008 la población beneficiaria alcanzó las 221.456 personas.

La asignación familiar del Plan de Equidad tiene por objetivo complementar los ingresos familiares de hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica con menores a cargo. Es una prestación monetaria mensual a embarazadas (prenatal), niños, niñas y adolescentes menores de 18 años que integran hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica. El monto es diferencial según el número de menores beneficiarios que integren el hogar que cumple con las condiciones de elegibilidad y el nivel educativo que estén cursando: i) 700 pesos por beneficiarios integrantes del hogar; y ii) 300 pesos adicionales en caso de beneficiarios que se encuentren cursando educación media.

Para determinar el beneficio total que recibe el hogar se considera una escala de equivalencia de 0,6 que es el exponente al que se eleva la cantidad de beneficiarios de cada tipo (menores de 18 años del hogar y menores que cursan secundaria). En caso de discapacidad el monto de la prestación mensual es de 1.000 pesos y en caso de menores que estén en atención de tiempo completo en establecimientos del INAU es de 700 pesos⁵².

Otras condiciones para acceder al beneficio son cédula de identidad de menores de edad, certificación de tenencia de niños, niñas y adolescentes a cargo, asistencia a centros educativos y controles periódicos de salud. Para el año 2008 la población beneficiaria alcanzó las 327.913 personas.

⁵² Los valores del beneficio están expresados en valores constantes al mes de enero de 2008. Se actualiza con la variación del IPC en las mismas oportunidades en que se ajusten las remuneraciones de los funcionarios públicos de la Administración Central.

6. Otros servicios y prestaciones de cuidados a la infancia

Dentro de la matriz estatal se identifican otros servicios y prestaciones de cuidados a la infancia destinados a poblaciones específicas. A modo de ejemplo, el Ministerio de Defensa Nacional así como el Ministerio del Interior cuentan con servicios de guardería, apoyo alimentario y apoyo en la realización de trámites hospitalarios o de actividades recreativas. Para acceder a estos beneficios es necesario ser funcionario o familiar directo de trabajadores de estos ministerios.

Asimismo, el INAU brinda servicios de cuidados para niños y niñas que no cuentan con cuidados parentales, donde cabe destacar el Programa de la Unidad de Acompañantes Hospitalarios. A los niños y niñas de 2 a 17 años que pertenecen a un centro oficial o en convenio INAU y que deben permanecer internados en el ámbito hospitalario de Montevideo, se les otorga un servicio de cuidadoras de hospital con cobertura durante las 24 horas del día. Para el año 2008, la población beneficiaria era de 290 personas. A su vez, el programa Unidad Materno Infantil del INAU brinda atención integral en centros a adolescentes embarazadas, adolescentes madres y sus hijos, cuyas redes primarias de sostén son deficitarias y no pueden ser atendidas desde el lugar de procedencia. Se accede al programa por el Centro de Estudio y Derivación del INAU o por el sistema del INAU. El programa está presente solo en Montevideo y en 2008, la población beneficiaria era de 210 personas de 0 a 18 años.

Anexo 4. Sobre servicios y prestaciones para el cuidado de los adultos mayores⁵³

1. Servicios de salud

a) Atención al Adulto Mayor de la ASSE (65 años y más)

La atención de salud de las personas adultas mayores se brinda mediante los Hospitales y Centros de Salud de la ASSE de todo el país, donde se implementan programas tales como envejecimiento saludable, nutrición, inmunización y prevención de enfermedades. La ASSE tiene un diseño descentralizado sin autonomía financiera. Los servicios de salud están dirigidos a personas de 65 años y más de todo el país que cuenten con el carné de asistencia de salud pública, que establece tres categorías: atención gratuita, bonificado 1 y bonificado 2, definido por el ingreso e integrantes del núcleo familiar. Según el Repertorio 133.680 personas de 65 años y más acceden al servicio.

b) Servicio de Tutela Social de las Fuerzas Armadas y Policial, Departamento de Servicio Social del Hospital Policial

El Servicio de Tutela Social de las Fuerzas Armadas busca mejorar el bienestar social de los beneficiarios del Fondo Especial de Tutela Social (FETS) de las Fuerzas Armadas. En el área de ancianidad se llevan a cabo acciones para elevar el bienestar de las personas de 65 años y más, para los que adquieren o arriendan hogares y residenciales y casas de salud, entre otros. En el área salud, se suministra alojamiento a los acompañantes radicados en el interior del país, de los beneficiarios que se encuentran internados en el Hospital Militar central de las Fuerzas Armadas o de sus dependencias. Acceden a estos derechos los inactivos por edad de las Fuerzas Armadas (jubilados y pensionistas) que son beneficiarios del FETS. No se cuenta con información sobre la cantidad de beneficiarios.

El Servicio de Tutela Social Policial depende de la Dirección Nacional de Asistencia y Seguridad Social Policial (DNASSP) y tiene por objetivo propender al bienestar de las y los policías en actividad, retiro, pensionistas y sus familias. Es un programa con diseño central y que tiene cobertura a nivel nacional. Brinda apoyo para tratamientos médicos, préstamos de aparatos ortopédicos y prótesis para policías en retiro, entre otros. También opera en el sector vivienda. Por otra parte, el Departamento de Servicio Social del Hospital Policial cuenta con un área de adulto mayor que presta asesoramiento, apoyo y orientación intrahospitalaria y extrahospitalaria. Para acceder al beneficio se debe ser jubilado o jubilada del servicio policial y pagar una cuota. La población beneficiaria de los servicios de Tutela Social Policial es de 3.065 y del Departamento de Servicio Social del Hospital Policial de 3.000. En ninguno de los casos se cuenta con la información sobre la cantidad de adultos mayores, jubilados y pensionistas policiales que se benefician de estos servicios.

2. Prestaciones monetarias

a) Jubilaciones del BPS

Dentro de este programa del BPS se incluye la jubilación común y por edad avanzada. La jubilación común es una prestación económica para personas de 60 años y más que hayan hecho aportes laborales por un período de 30 años como mínimo. Desde el año 2008 a las mujeres se les

⁵³ La información de este anexo proviene de la base de datos del Repertorio de Políticas Sociales 2008 del MIDES, y se complementó con información de los sitios web, consultas a las instituciones y con información de la Guía de Recursos del MIDES.

computa un año adicional de servicio por hijo nacido vivo o adoptado, con un máximo total de cinco años. La jubilación por edad avanzada es una prestación económica que se entrega a las personas que no cumplan con los requisitos exigidos para la jubilación común, deben tener 65 años como mínimo y para esa edad la exigencia es de 25 años de servicio, los que se van reduciendo a medida que avanza la edad de jubilación hasta llegar a los 70 años de edad y 15 de servicio. La población beneficiaria de estas prestaciones fue de 630.371 personas en diciembre de 2008, cifra que se desglosa en: 359.586 jubilaciones, 269.879 pensiones y 906 rentas permanentes.

b) Asistencia a la vejez del MIDES y BPS

Este programa tiene por objetivo amparar económicamente a personas de 65 a 70 años que no tengan fuentes de ingresos para solventar sus necesidades vitales y que integren hogares que presentan carencias críticas para sus condiciones de vida. Es gestionado en forma conjunta por el MIDES y el BPS. El diseño del programa es central, pero tiene alcance nacional. Acceden además personas de 65 a 70 años, cuyos ingresos son inferiores al monto de la prestación, percibiendo el complemento. Esta prestación se solicita en las oficinas del MIDES en todo el país. Según el Repertorio, en el año 2008 habían 2.861 beneficiarios.

c) Pensión a la vejez del BPS

La pensión a la vejez es una prestación económica que el BPS brinda a todas aquellas personas mayores de 70 años que carezcan de recursos económicos para enfrentar sus necesidades, considerando ingresos de familiares obligados, convivientes y no convivientes, de acuerdo a condiciones legales. Son beneficiarias las personas de más de 70 años y que no tienen capacidad contributiva o no le alcanzan los años de trabajo para obtener derecho a la jubilación. El Repertorio cuenta con el dato agregado de la población total que percibe la pensión por vejez y pensión por invalidez. Los beneficiarios eran 75.667 personas en el año 2008.

d) Pensión de sobrevivencia del BPS

Se trata de una ayuda económica, destinada a los deudos, a partir del fallecimiento de un afiliado activo o pasivo. Tienen derecho a ella, cumpliendo ciertos requisitos de ingresos y edad: i) las personas viudas, hombre o mujer; ii) los hijos solteros menores de 21 años (o menores de 18 años si ingresan al mercado laboral); iii) los hijos mayores de 21 años absolutamente incapacitados para todo tipo de trabajo; iv) las personas divorciadas que perciben pensión alimenticia homologada judicialmente; y v) los padres totalmente incapacitados para todo tipo de trabajo.

Tratándose de beneficiarias viudas que tengan 40 o más años de edad a la fecha de fallecimiento del causante, o que cumplan esa edad gozando del beneficio de la pensión, esta se entregará durante toda su vida. En el caso que los beneficiarios tengan de 30 a 39 años a la fecha de fallecimiento del causante, la pensión se entregará por 5 años y por el término de 2 años, cuando los mencionados beneficiarios sean menores de 30 años a dicha fecha.

Los períodos de prestación de la pensión no serán de aplicación en los casos que: i) el beneficiario estuviese total y absolutamente incapacitado para todo tipo de trabajo; ii) integren el núcleo familiar del beneficiario hijos solteros menores de 21 años, en cuyo caso la pensión se entregará hasta que estos alcancen la mayoría de edad; e iii) integren el núcleo familiar hijos solteros mayores de 21 años absolutamente incapacitados para todo tipo de trabajo.

El derecho a pensión se pierde por: contraer matrimonio en el caso del viudo y personas divorciadas, por el cumplimiento de 21 años en los casos de hijos solteros, por hallarse el beneficiario al momento del fallecimiento del causante en algunas de las situaciones de desheredación o indignidad, por recuperar su capacidad antes de los 45 años de aquellos beneficiarios por incapacidad y por mejorar la fortuna de los beneficiarios.

e) Órdenes gratuitas y descuentos en tiques de medicamentos para jubilados beneficiarios de afiliación mutual del BPS

Las personas jubiladas beneficiarias de afiliación mutual por el BPS tienen el derecho de tres órdenes mensuales de consulta médica: una a consultorio, otra a domicilio y una de urgencia. Así como dos medios tiques de medicamentos o de análisis clínicos. También cuentan de forma gratuita con una rutina básica de exámenes semestral y una radiografía anual. Las órdenes y tiques no utilizados en el mes quedan a disposición del afiliado, quien puede hacer uso de ellos libremente dentro de los 12 meses siguientes.

f) Préstamos a jubilados y pensionistas para prótesis, BPS

El BPS hace préstamos a jubilados y pensionistas, que luego descuenta de forma mensual, con intereses más bajos que los del mercado. Con los préstamos sociales, a bajas tasas de interés, esta población accede a tratamiento dental, prótesis, audífonos y lentes. Son beneficiarios los jubilados y pensionistas que perciban hasta 10 BPC y los beneficiarios de asistencia a la vejez, entre otros. El BPS presta hasta seis veces el valor de la jubilación o pensión, fijando un tope máximo de 40 BPC.

g) Jubilaciones específicas: Servicio de Retirados de las Fuerzas Armadas, Ministerio de Defensa Nacional y Servicio de Pensionistas de las Fuerzas Armadas (pasividades militares y servicios de seguridad social)

El Servicio de Retiros y Pensiones de las Fuerzas Armadas tiene por misión el pago mensual de pasividades militares y servicios de seguridad social para el personal militar y sus familiares. No se cuenta con información sobre la cobertura de estas prestaciones.

h) Servicio de Retiros y Pensiones Policiales del Ministerio del Interior

Este servicio de retiros y pensiones policiales está encargado de gestionar los trámites de retiros y pensiones y hace los cálculos correspondientes, conforme a las causales determinadas del personal policial. El total de jubilados, jubiladas y pensionistas fue de 1.357 personas en el año 2008.

3. Prestaciones en especie: alimentación

a) Programa Nacional de Complementación Alimentaria para Pensionistas a la Vejez y por Discapacidad del INDA

El Programa Nacional de Complementación Alimentaria para Pensionistas a la Vejez y por Discapacidad brinda un complemento alimenticio a los ingresos percibidos por pensión a la vejez. Depende del INDA del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y acceden a él las personas beneficiarias de la pensión a la vejez. Se debe presentar la cédula de identidad y el último recibo vigente del BPS en los locales del INDA en Montevideo o en las Intendencias Departamentales en el Interior. En caso de no retirar el complemento en un período de tres meses, se pierde el derecho al beneficio. Según datos del INDA, en el año 2008, 36.313 pensionistas en promedio recibieron las canastas. No se cuenta con el dato específico de cuántos de ellos percibieron la prestación por ser beneficiarios de la pensión por vejez.

b) Sistema Nacional de Comedores del INDA

Este servicio dependiente del INDA brinda asistencia alimentaria a personas en situación de desventaja social con un almuerzo diario. El programa es coejecutado con las Intendencias Departamentales y Juntas Locales del país. En Montevideo, el INDA es responsable de la totalidad de la gestión del programa y provee la planta física, equipamiento, recursos humanos y alimentos.

En la actualidad existen 10 comedores. En el interior del país, se ejecuta con el apoyo de las Intendencias Municipales y es responsabilidad de las comunas proveer las plantas físicas, el equipamiento y el recurso humano; por su parte el INDA envía cada dos meses los víveres secos, semanalmente las carnes rojas y en forma mensual el dinero para la compra de los víveres frescos y el combustible para la elaboración de los alimentos⁵⁴.

El programa tiene una población objetivo amplia, entre ella personas adultas mayores de 60 años en situación de indigencia o pobreza (ingresos menores a 1.663 pesos). Para ser beneficiario del servicio se hace un proceso de selección. Una vez que ingresa al programa, cada usuario es portador de una tarjeta identificatoria, donde constan sus datos personales, tipo de servicio y su vigencia. La tarjeta debe ser presentada cada vez que haga uso del servicio. Existen servicios gratuitos y servicios pagos a bajo costo. Las personas jubiladas o pensionistas acceden al servicio pago del comedor. Los usuarios tienen derecho únicamente a una ingesta diaria y el servicio es de lunes a viernes en Montevideo y de lunes a sábado en el interior del país. Según los datos del repertorio acceden regularmente a los comedores 12.094 personas. No es posible identificar cuántos son adultos mayores.

c) Programa de Apoyo a Instituciones Públicas y privadas (AIPP) del INDA

El programa AIPP del INDA asiste a instituciones sin fines de lucro que realizan asistencia alimentaria y otras actividades (educativas, sociales y recreativas) a grupos biológica y socialmente vulnerables, apoyándolas cada dos meses con víveres secos. También se presta asesoría con el fin de fortalecer la calidad del servicio, la utilización de los insumos transferidos y la capacidad de organización. Las instituciones deben atender a la población de mayor vulnerabilidad biológica y social y deben tener condiciones mínimas exigibles de su planta física. En el año 2008, 45.092 personas fueron asistidas por el programa AIPP. No es posible identificar cuántas son adultos mayores.

4. Vivienda

a) Programa de vivienda y otras soluciones habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS

El objetivo del programa es mejorar la situación habitacional y calidad de vida de jubilados y pensionistas de menores recursos, para ello el BPS les adjudica viviendas construidas por el Ministerio de Vivienda. También se otorgan otras soluciones como alternativas habitacionales para los beneficiarios, además de las posibilidades inmobiliarias que ofrece cada localidad del país. Estas comprenden subsidios de alquiler y cupos-camas en hogares de ancianos. Actualmente los cupos-camas se están implementado para beneficiarios y aspirantes que ya ocupan viviendas del programa y su condición física les impide valerse por sí mismos. Luego de evaluada la discapacidad de estas personas por un equipo técnico, se derivan a un hogar de ancianos sin fines de lucro que tengan convenio con el BPS.

Son beneficiarias del programa las personas que perciban una jubilación o pensión del BPS y no tengan ingresos que superen las 12 UR (se excluyen del cálculo las pensiones a la vejez, invalidez, las jubilaciones o pensiones a término y los subsidios transitorios por incapacidad parcial). En las localidades en que la oferta de viviendas supera a la demanda se puede elevar el tope hasta 24 UR. Queda excluido todo jubilado y pensionista propietario, copropietario, usufructuario, titular de derechos de uso y habitación, promitente o titular de otros programas de vivienda, ya sean públicos o privados. Para el acceso a viviendas las personas deberán ser autoválidas, para otras soluciones habitacionales se incluye personas con discapacidades físicas y mentales.

⁵⁴ Véase <www.inda.gub.uy/index.php?view=article&catid=36%3Asnc&id=53%3Asnc&option=com_content&Itemid=59>.

En el año 2008 se entregaron 59 viviendas en el interior del país, totalizando 5.676 unidades habitacionales desde el inicio del programa. En ese año también se adjudicaron 43 soluciones habitacionales compuestas por: 13 subsidios de alquiler y 30 subsidios cupo-cama en hogares de ancianos. En 2008 se registran 7.750 adjudicatarios de todo el programa. Por otra parte, la cantidad de viviendas entregadas desde 1990 a agosto de 2010 es de 5.764, 2.514 en Montevideo y 3.250 en el interior. A su vez, a agosto de 2010 se encuentran efectivizados 249 subsidios de alquiler en todo el país⁵⁵.

b) Plan de exoneración de contribución inmobiliaria para jubilados y pensionistas, IMM

Este es un plan de exoneración parcial o total de la contribución inmobiliaria para jubilados y pensionistas en la capital, brindado y gestionado por la Intendencia Municipal de Montevideo. Pueden acceder a él los integrantes de hogares compuestos por uno o más jubilados o pensionistas, cuyo ingreso, más el de su cónyuge (de haberlo), no supere los 9.720 pesos. Si el precio de la propiedad no supera los 341.000 pesos se exonera el 100% de la contribución y si el valor fluctúa entre 341.000 y 511.601 pesos, se exonera el 50%.

c) Específico: Servicio de Vivienda Policial (soluciones habitacionales para inactivos por edad del Ministerio del Interior)

Este programa busca que funcionarios policiales en actividad o retiro puedan acceder a una vivienda decorosa para sí y su núcleo familiar. Este servicio brinda soporte en materiales de construcción en caso de situaciones críticas, asesoramiento y coordinación de soluciones habitacionales con el Ministerio de Vivienda y con el Banco Hipotecario del Uruguay. Acceden a él los funcionarios inactivos por edad (jubilados y pensionistas) vinculados al servicio policial en condiciones habitacionales específicas tales como vivienda ruinosa, inquilino con lanzamiento y situación de calle, entre otros. Según el Repertorio la población beneficiaria es de 132 hogares, es decir, aproximadamente 356 personas en todo el país. Se desconoce cuántos beneficiarios son jubilados y pensionistas del servicio policial.

5. Otros

a) Programa Adultos Mayores del Ministerio de Turismo y Deporte (actividades recreativas para personas adultas en las plazas de deportes)

Este programa es una iniciativa del Ministerio de Turismo y Deporte y tiene por objetivo orientar a las personas adultas mayores a la práctica diaria de actividades físicas y recreativas. Se hacen clases de educación física y actividades recreativas en plazas de deportes del ministerio en todo el país. No se cuenta con información sobre la cantidad de beneficiarios.

⁵⁵ Véase <<http://www.bps.gub.uy/Jubilados/DO/SolucionesHabitacionales.aspx?menu=DOJubilados>>.

Anexo 5. Sobre servicios y prestaciones para el cuidado de personas con discapacidad⁵⁶

1. Servicios de cuidado para discapacitados: infancia

a) Escuelas Especiales de la ANEP (de 5 a 15 años)

El programa promueve la educación de niños y adolescentes con discapacidades en dos modalidades: escuelas especiales y talleres protegidos y ocupacionales. La población beneficiaria son niños, niñas y adolescentes con discapacidades motrices, intelectuales, sensoriales o trastornos severos de conducta. El programa es central y tiene cobertura a nivel nacional. Existen dependencias con unidades de supervisión en todos los departamentos a cargo de la ANEP.

Las escuelas especiales se organizan en clases de hasta seis grados, una vez cursadas, los alumnos ingresan a áreas especializadas en actividades preocupacionales y ocupacionales, en el marco de escuelas con atención específica o en escuelas comunes en las que se los integra al aula. Para ingresar a estas escuelas se hace un psicodiagnóstico del niño, niña o adolescente, que se puede realizar en diversas instituciones internas o externas a la ANEP, siempre que estén validadas por la institución. El criterio de acceso está restringido a la edad de 5 a 15 años, además, se debe presentar la documentación vigente necesaria: cédula de identidad, partidas de nacimiento, carné de vacunas al día. Este programa tiene una gran cobertura, ya que acceden a él 7.778 personas en situación de discapacidad.

b) Programa de transporte escolar

El programa detallado en el apartado de infancia tiene como una de las poblaciones objetivo a niños y niñas con discapacidad, que son trasladados hacia sus centros de enseñanza.

c) Programa de Especialidades y Malformaciones congénitas (Servicio Materno Infantil del BPS)

El objetivo del programa es prestar tratamiento integral a portadores de malformaciones congénitas y afecciones congénitas sin límite de edad, beneficiarios de asignaciones familiares contributivas. El programa es ejecutado por el Departamento de Especialidades Médico Quirúrgicas (DEMEQUI) del BPS, que aborda el diagnóstico, registro, tratamiento y rehabilitación de los pacientes. Su diseño es central, aunque tiene cobertura nacional durante todo el año.

Diariamente se atienden alrededor de 400 beneficiarios en consultas previamente agendadas y en consultas espontáneas⁵⁷. Las especialidades que cubre el BPS son: cardiología infantil, cirugía plástica, cirugía infantil o pediátrica, dermatología, endocrinología, fisiatría, gastroenterología, hematología, neumología, neuropediatria, neurocirugía, oftalmología, ortopedia, otorrinolaringología (O.R.L.), pediatría especializada, psiquiatría y urología⁵⁸.

Para acceder a este servicio los usuarios deben tener menos de 14 años y una autorización de la repartición de Prestaciones del BPS que los habilite a atenderse en los servicios DEMEQUI,

⁵⁶ La información de este anexo proviene de la base de datos del Repertorio de Políticas Sociales 2008 del MIDES, y se complementó con información de los sitios web, consultas a las instituciones y con información de la Guía de Recursos del MIDES.

⁵⁷ Véase <<http://www.luzverde.com.uy/servicios-del-bps-para-personas-con-discapacidad/>>.

⁵⁸ Indicadores DEMEQUI según repertorio: número de consultas en las distintas especialidades médico quirúrgicas: cardiología: 7.142; cirugía pediátrica: 2.805; cirugía plástica: 2.916; dermatología: 897; endocrinología: 2656; fisiatría: 2568; foniatría: 45; gastroenterología: 3.272; hematología: 926; neumología: 1559; neurocirugía: 708; neuropediatria: 17.011; oftalmología: 14.278; ortopedia: 7.457; otorrinolaringología: 11.846; pediatría: 1.104; pediatría externa: sin datos; psicología: sin datos; psiquiatría adultos: 1.988; psiquiatría infantil: 6.598; y urología: 7.052.

tanto en Montevideo como en el interior. Por tratarse de un servicio materno infantil, la prioridad son las pacientes que están embarazadas, las mujeres que acaban de parir y los niños; los beneficiarios del BPS que portan malformaciones congénitas o padecen enfermedades congénitas, los hijos de funcionarios del BPS que padezcan malformaciones congénitas y las pacientes embarazadas con cardiopatía congénita⁵⁹.

d) Centros de atención de niños y niñas con discapacidad intelectual o motriz del INAU

Este programa del INAU busca potenciar el mayor grado de autonomía posible, promoviendo el desarrollo de la personalidad de niños y niñas discapacitados, considerando a sus familias. El programa es coejecutado por el INAU, el INDA y la Intendencia de Montevideo. A su vez, tiene convenio con 39 organizaciones sin fines de lucro, es de alcance departamental (Montevideo) y tiene un diseño descentralizado con autonomía financiera. El programa es supervisado por la División Convenios del INAU. Se brindan más de dos prestaciones, entre ellas alimentación y vivienda para el caso de los hogares de habitación colectiva permanente. Acceden a los centros niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años con discapacidad intelectual o motriz, por medio del Centro de Estudio y Derivación del INAU u otros servicios del sistema de INAU. El programa cubre a 365 niños, niñas y adolescentes.

e) Programa SERENAR de la ASSE

El Programa SERENAR apunta a mejorar la prevención, detección y atención temprana de discapacidades en niños nacidos en situación de riesgo en su desarrollo neurocognitivo, en todas las instituciones de salud pública del país. Se enfoca a la detección precoz y al tratamiento de las alteraciones psiconeurosensoriales de los lactantes y al seguimiento sistemático del niño hasta los seis años de edad. Actualmente existen ocho unidades de atención temprana en el país con equipos multidisciplinarios de psicomotricistas, fisioterapeutas, psicólogos y pediatras. Los beneficiarios son niños y niñas usuarios de la ASSE que presentan algunos de los indicadores de riesgo y que el médico tratante estime conveniente su derivación, que es el mecanismo de acceso al programa, por lo que es necesario el control de salud del niño en cualquier dependencia de la ASSE, para que, de presentarse indicadores de riesgo, la derivación sea realizada por los técnicos pertinentes. Tres unidades de atención temprana están ubicadas en Montevideo (Hospital Pereira Rossell, Centros de salud de la Unión y Cerro) y cinco en el interior (Hospital de Durazno, Maldonado, Salto, Tacuarembó y Treinta y Tres).

2. Programas para la atención de la discapacidad: jóvenes y adultos

a) Proyecto de Capacitación Laboral de personas con Discapacidad, PROCLADIS (de 18 a 39 años)

El PROCLADIS depende de la Dirección Nacional de Empleo del MTSS. Tiene como finalidad el incremento del acceso al empleo de personas con discapacidad mediante la capacitación. El alcance del programa es departamental, cubriendo el Departamento de Montevideo y es coejecutado con nueve asociaciones sin fines de lucro que se encargan de las capacitaciones. El diseño del programa es descentralizado, pero sin autonomía financiera. La Junta Nacional de Empleo (JUNAE) es la encargada de su supervisión.

Se hacen capacitaciones laborales por convenios con asociaciones sin fines de lucro y cada curso consta de 15 participantes. Pueden acceder a él personas discapacitadas de 18 a 39 años, sin

⁵⁹ Véase <<http://www.luzverde.com.uy/servicios-del-bps-para-personas-con-discapacidad/>>.

distinción socioeconómica. Se realiza un proceso de inscripción, evaluación y selección por parte de los técnicos del programa. De acuerdo a un conjunto de indicadores, el equipo técnico determina la inclusión y posterior asignación de los cursos que se dictan a los postulantes al programa. Según el repertorio, 83 personas fueron beneficiarias en 2008.

b) Ayudas especiales del BPS

Las ayudas especiales asisten a los beneficiarios del sistema de pensiones por invalidez para el acceso a institutos de rehabilitación y escuelas especiales. Dichas ayudas facilitan locomoción, fonoaudiología, fisioterapia, psicomotricidad y psicología. En los casos de asistencia a los pacientes que están incluidos en la definición de congénitas —cuando el tratamiento médico exige su traslado del interior—, los pasajes y alojamiento del paciente y su acompañante son costeados por el BPS. Los beneficiarios son las personas que perciben pensión por discapacidad e invalidez del BPS. El programa es de alcance nacional.

c) Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (CNRP)

Es un centro público extrahospitalario de rehabilitación psicosocial, que trabaja con personas con trastornos psíquicos persistentes como la esquizofrenia. Brindan actividades vinculadas a la psicología, psiquiatría, servicio social, terapia ocupacional, expresión corporal y música, entre otros. Además hacen reuniones familiares, psicoeducación, actividades sociorecreativas, seguimiento tras el egreso y capacitación prelaboral.

Acceden a él personas mayores de 15 años con trastornos psíquicos severos y persistentes. No se atienden discapacidades como oligofrenias, así como tampoco trastornos de personalidad de tipo antisocial o donde el consumo abusivo de sustancias sea el problema principal. Para acceder al centro las personas deben estar compensadas y bajo tratamiento psiquiátrico, y es necesario presentar pase del psiquiatra tratante y carné de asistencia de la ASSE. El alcance es departamental (Montevideo).

d) Apoyo a los discapacitados auditivos, Universidad de la República, UDELAR (de 18 a 99 años)

Este programa tiene por objetivo democratizar la enseñanza y facilitar el ingreso de discapacitados auditivos. Intérpretes de lenguas de señas, contratados por la Universidad, acompañan al estudiante discapacitado en todas las actividades requeridas por la carrera elegida, lo que es subsidiado por el Servicio Central de Bienestar Universitario a partir de un convenio marco firmado por la UDELAR, el Servicio Central de Bienestar Universitario y el Centro de Investigación y Desarrollo para las personas sordas (CINDE). Esta última institución, en conjunto con Bienestar, está encargada de llamar a concursos para la previsión de intérpretes. Para acceder a este servicio se debe ser estudiante de la UDELAR y obtener un mínimo de aprobación curricular. En 2008 hubo seis beneficiarios.

e) Plan de exoneración de contribución inmobiliaria para jubilados y pensionistas de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM)

Es un plan de exoneración parcial o total de contribución inmobiliaria para jubilados y pensionistas, brindado y gestionado por la IMM. Pueden acceder a él los integrantes de hogares de la ciudad de Montevideo compuestos por uno o más jubilados o pensionistas. Para la exoneración de este impuesto, el ingreso del titular y el de su cónyuge (de haberlo) no debe superar los 9.720 pesos. Si el precio de la propiedad no supera los 341.000 pesos se exonera el 100% de la contribución o si su valor asciende entre 341.000 y 511.601 pesos, se exonera el 50%. La solicitud se hace en los Centros Comunes Zonales (CCZ) entre el mes de junio y julio de cada año, para lo

que se debe presentar la cédula de identidad vigente, el recibo de BPS y de la contribución. Cuando se solicita por primera vez, es necesario presentar el título de la propiedad.

3. Prestaciones monetarias por discapacidad

a) Asignación familiar por discapacidad

La asignación familiar doble, dentro de las asignaciones familiares contributivas, es una prestación económica brindada por el BPS para complementar los ingresos familiares del hogar de trabajadoras y trabajadores dependientes con niños y niñas discapacitados a su cargo. Acceden al beneficio menores de 18 años a cargo de trabajadores dependientes con ingresos inferiores a 10 BPC o adultos hasta que perciban otra prestación por discapacidad. Para tramitar la prestación, la persona discapacitada debe contar con el certificado del Patronato del Psicópata. El alcance de esta prestación es nacional.

La asignación familiar del Plan de Equidad brinda una prestación económica destinada a complementar los ingresos familiares de hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica con menores con discapacidad a su cargo. El monto de la prestación es de 1.000 pesos mensuales⁶⁰. Para acceder a esta prestación se debe contar con una discapacidad y tener de 0 a 18 años. El programa tiene un criterio de selección socioeconómica, por lo que el beneficiario debe estar en una situación de vulnerabilidad económica y social.

b) Pensión por invalidez del BPS

La pensión por invalidez es una prestación económica que el BPS brinda a todas aquellas personas de cualquier edad que padezcan algún tipo de discapacidad que sea considerada común o severa. Para acceder a ella se requiere tener un 66% de discapacidad o más, según el índice Baremo. La discapacidad debe ser confirmada por una junta médica del BPS y el beneficiario debe probar carencia de recursos o recursos mínimos propios y de sus familiares convivientes y no convivientes civilmente obligados a prestar ayuda. Al beneficiario con discapacidad severa no se le efectuará relevamiento de ingresos e inmuebles propios o de su núcleo familiar.

La pensión no establece como requisito contar con años de trabajo o contribución previa, sin embargo, se autoriza la compatibilidad entre la actividad del discapacitado con la pensión por invalidez, estableciéndose que todo beneficiario de pensión por invalidez común o severa puede percibir ingresos por un trabajo remunerado, siempre que el monto no supere en tres veces el de la propia pensión. En caso de que el monto salarial del trabajo sea superior, dejará de percibir la pensión por invalidez. Para solicitar la pensión, el interesado deberá concurrir a las instalaciones del BPS y presentar un certificado médico que avale su discapacidad. El repertorio cuenta con el dato agregado de la población total beneficiaria de la pensión por vejez y pensión por invalidez, que es de 75.667 personas en el año 2008.

c) Subsidio transitorio por incapacidad parcial del BPS

El subsidio transitorio por incapacidad parcial del BPS ampara económicamente en forma transitoria a toda persona con incapacidad absoluta y permanente para el empleo o profesión habitual. El derecho se configura en el caso de la incapacidad absoluta y permanente para el empleo, sobrevinida en actividad o en períodos de inactividad compensada. La prestación económica mensual es equivalente al 65% del sueldo básico jubilatorio. Para acceder a él, se debe contribuir a la seguridad social y acreditar un mínimo de 6 meses de actividad para los trabajadores

⁶⁰ Los valores del beneficio están expresados en valores constantes al mes de enero de 2008. Se actualiza con la variación del IPC en las mismas oportunidades en que se ajusten las remuneraciones de los funcionarios públicos de la Administración Central.

de hasta 25 años y los mayores de 25 requieren un mínimo de 2 años de actividad. Esta prestación se entregará de acuerdo al grado de capacidad remanente y a la edad del afiliado, por un plazo máximo de 3 años. En el año 2008 esta transferencia monetaria alcanzó a unas 1.343 personas.

d) Jubilación por incapacidad total del BPS

Entre las prestaciones del BPS se incluye la jubilación por incapacidad total y rentas permanentes para trabajadores rurales dependientes por accidente de trabajo o enfermedad profesional. Para acceder a la prestación se debe contribuir a la seguridad social y además se exige que:

- los trabajadores de hasta 25 años tengan un mínimo de 6 meses de actividad;
- los trabajadores de más de 25 años tengan un mínimo de 2 años de actividad;
- en caso de incapacidad sobrevenida en causa u ocasión de trabajo, no se requiere un mínimo de años; y
- en caso de incapacidad sobrevenida luego del cese, se requiere un mínimo de 10 años de actividad, tiene que ser su única pasividad y se debe probar residencia en el país desde la fecha de cese.

4. Prestaciones en especie: canastas

a) Programa de Apoyo a Enfermos Crónicos (PAEC) del INDA (de 0 a 99 años)

El PAEC tiene por objetivo contribuir a mejorar la situación alimentaria nutricional de personas con enfermedades crónicas en tratamiento, cuya situación socioeconómica sea desfavorable, mediante la entrega mensual de un complemento alimentario. El programa tiene un diseño central y es coejecutado por el MTSS, el MSP, la ANEP, el INAU y las 19 Intendencias Departamentales. El beneficio está dirigido a todas las personas que padezcan las siguientes patologías: renales y renales diabéticos (en etapa de hemodiálisis), celíacos, portadores de tuberculosis, portadores de HIV/SIDA, oncológicos (radio o quimioterapia), diabéticos, que por ello están imposibilitados laboralmente y otras patologías que impidan trabajar. El programa tiene un criterio de distinción socioeconómica y los beneficiarios deben atenderse en los servicios de salud pública, así como presentar el certificado médico que acredite la patología e indique la incapacidad laboral transitoria o permanente.

En Montevideo, la distribución de las canastas se hace mensualmente en cinco locales fijos y dos locales móviles que posee el INDA. En el interior, es ejecutado por las Intendencias Departamentales y su distribución se hace cada dos meses. Acceden al beneficio 6.758 personas.

b) Programa Nacional de Complementación Alimentaria para Pensionistas por Vejez e Invalidez del INDA

El Programa Nacional de Complementación Alimentaria para Pensionistas por Vejez e Invalidez brinda un complemento alimenticio a los ingresos de las pensiones correspondientes. El programa depende del INDA del MTSS y beneficia a las personas que tienen la pensión a la vejez o discapacidad. Se debe presentar la cédula de identidad y el último recibo vigente del BPS en los locales del INDA en Montevideo o en las Intendencias Departamentales en el interior. En caso de no retirar el complemento en un período de tres meses, se pierde el derecho al beneficio. En el año 2008, según datos del INDA, 36.313 pensionistas en promedio recibieron las canastas. No se cuenta con el dato específico de cuántos percibieron la prestación por su situación de discapacidad.

5. Programas para atención de la discapacidad en general

a) Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado (CNHD) del MSP

La CNHD brinda consultas gratuitas sobre asesoramiento legal, transporte adaptado para personas con movilidad reducida e información sobre instituciones para personas con discapacidad. La sede está en Montevideo, pero cuenta con información a nivel nacional.

Dentro de sus prestaciones tiene un servicio de transporte “puerta a puerta” en vehículos especialmente adaptados con rampas de acceso y equipamiento para garantizar un traslado seguro, y está orientado a usuarios de sillas de ruedas o personas que presenten otro tipo de discapacidad motora. El objetivo de este servicio es hacer posible el desplazamiento por la ciudad de aquellas personas que necesitan trasladarse a centros de salud, rehabilitación, trabajo, enseñanza o esparcimiento, pero que a raíz de su limitación no pueden utilizar los medios de transporte comunes y que no tienen posibilidades económicas para adquirir un vehículo o alquilar un taxi.

Los beneficiarios deben residir en el departamento de Montevideo, ser usuarios de sillas de ruedas o presentar otro tipo de discapacidad motora que no les permita acceder a medios de transporte comunes, que no están adaptados a las condiciones de acceso universalizado. El servicio funciona dentro de los límites del departamento de Montevideo de lunes a viernes de 6 a 20 horas. El traslado se debe solicitar telefónicamente con 24 horas de anticipación y su costo es de 70 pesos para la persona y 20 pesos para el acompañante. El costo del traslado a los centros de Salud Pública y Hospital de Clínicas es de 40 pesos y se debe presentar carné de asistencia.

b) Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS) del MIDES

El objetivo del PRONADIS es mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, en especial de aquellos que se encuentran en situación de pobreza o exclusión social mediante acciones que promuevan su inclusión en la comunidad. Además de desarrollar políticas estatales de transversalidad sobre esta temática, brinda algunas prestaciones. En relación a los cuidados se destaca la información telefónica sobre servicios y programas disponibles para las personas con discapacidad. También brinda servicios de asesoramiento jurídico y técnico, de rehabilitación visual, recreación y tiempo libre, orientación y consulta, y talleres de sensibilización y capacitación.

c) Programa Deporte para personas discapacitadas y programa Educación física, recreación y deportes del Ministerio de Turismo y Deporte

El programa Deporte para personas discapacitadas tiene como fin ofrecer la práctica deportiva a personas discapacitadas mediante la utilización de las plazas de deporte pertenecientes al ministerio en todo el país. No tiene criterios de distinción de edad ni socioeconómica para su acceso. No se cuenta con información sobre la cantidad de personas beneficiarias. A su vez, el programa Educación física, recreación y deportes pretende fomentar, por medio de actividades deportivas, la participación y vinculación de las personas con discapacidad con la comunidad, en especial de niños y jóvenes, en actividades al aire libre, donde el elemento lúdico y recreativo es la característica principal de los campamentos. El programa es coejecutado con el Consejo de Educación Primaria de la ANEP y asociaciones sin fines de lucro. El diseño del programa es central, pero tiene alcance nacional. Atiende específicamente a la población con discapacidad de 6 a 45 años. Tampoco se cuenta con información sobre la cantidad de personas beneficiarias.

d) Servicios sociales para personas con discapacidad del BPS

El programa procura la integración social y laboral de las personas con discapacidad, al promover una efectiva igualdad de oportunidades y eliminar barreras arquitectónicas. Los

beneficiarios de este programa son instituciones sin fines de lucro que presten servicios para personas con discapacidad. Para acceder a él las instituciones deben firmar un convenio de colaboración interinstitucional con el BPS, además de estar inscritas en el Registro Nacional de Instituciones. Este programa beneficia a 145 instituciones a nivel nacional. No se cuenta con un número aproximado de los beneficiarios indirectos del programa.

6. Otros servicios y prestaciones de cuidados a poblaciones discapacitadas

Dentro de la matriz estatal se identifican otros servicios y prestaciones de cuidados a poblaciones discapacitadas específicas. A modo de ejemplo, el Ministerio del Interior y el Ministerio de Defensa Nacional cuentan con instituciones encargadas del bienestar y los cuidados de la población trabajadora así como de sus familias.

La Dirección Nacional de Asistencia y Seguridad Social Policial (DNASSP) tiene a su cargo el Servicio de Tutela Policial donde se cuenta con un Centro de Asistencia a Niños Discapacitados (Proyecto CANDI) y se brindan becas de discapacidad para hijos e hijas menores de 18 años de funcionarios policiales activos o retirados. A su vez, el Servicio de Retiros y Pensiones Policiales que también depende de la DNASSP gestiona las pensiones de inactivos por invalidez.

Por otra parte, el Servicio de Tutela Social de las Fuerzas Armadas, que depende del Ministerio de Defensa, cuenta con un área de atención a la discapacidad. Se apoya, por ejemplo, el traslado de menores de 21 años que sean discapacitados físicos o mentales a los centros de enseñanza y se colabora con el financiamiento de prótesis ortopédicas o sensoriales, entre otros.



NACIONES UNIDAS

Serie

C E P A L

seminarios y conferencias

Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

www.cepal.org/publicaciones

- 66 El desafío de un sistema nacional de cuidados para el Uruguay. División de Desarrollo Social, (LC/L.3359), 2011.
- 65 Agricultura y cambio climático: instituciones, políticas e innovación. Memoria del seminario internacional realizado en Santiago, 10 y 11 de noviembre de 2010, División de Desarrollo Productivo y Empresarial, (LC/L.3355), 2011.
- 64 Determinantes de las tasas de reemplazo de pensiones de capitalización individual: escenarios latinoamericanos comparados. División de Desarrollo Social, (LC/L.3329-P), N° de venta: S.11.II.G.45 (US\$ 20.00). 2011.
- 63 Elementos para la consolidación de la Red nacional de cuidado de las personas adultas mayores en Costa Rica. División de Desarrollo Social, (LC/L.3323-P), N° de venta: S.11.II.G.42 (US\$ 20.00). 2011.
- 62 Taller sobre el fortalecimiento de las capacidades nacionales para la gestión de la migración internacional: “nuevas tendencias, nuevos asuntos, nuevos enfoques de cara al futuro”, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población, (LC/L.3299-P), N° de venta: S.11.II.G.20 (US\$ 20.00). 2011.
- 61 Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas. División de Desarrollo Social, (LC/L.3296-P), N° de venta: S.11.II.G.17 (US\$ 20.00). 2011.
- 60 Los censos de 2010 y las condiciones de vida, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población, (LC/L.3282-P), N° de venta: S.11.II.G.7 (US\$ 20.00). 2011.
- 59 Los censos de 2010 y la salud, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población, (LC/L.3543), N° de venta: S.10.II.G.58 (US\$ 20.00). 2010.
- 58 Primer encuentro para la Réplica en Innovación Social: “La mediación, el secreto para prevenir la violencia escolar”. División de Desarrollo Social, (LC/L.3034-P), N° de venta: S.09.II.G.92 (US\$ 20.00). 2009.
- 57 Censos 2010 y la inclusión del enfoque étnico: hacia una construcción participativa con pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población, (LC/L.3095-P), N° de venta: S.09.II.G.79 (US\$ 20.00), 2009.
- 56 La cartografía censal en América Latina para la ronda de censos 2010, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población, (LC/L.3070-P), N° de venta: S.09.II.G.69 (US\$ 20.00), 2009.

- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: publications@cepal.org.

Nombre:

Actividad:

Dirección:

Código postal, ciudad, país:

Tel.: Fax: E.mail: