

VERSIÓN PRELIMINAR

SOLO PARA PARTICIPANTES

SOLO ESPAÑOL

CEPAL

Comisión Económica para América Latina y el Caribe

Seminario

“Hacia un Sistema Nacional de Cuidados en Uruguay”

Proyecto CEPAL-UNFPA: “Género, Población y Desarrollo”

(Proyecto RLA/6P41 A) “Estructuras familiares en América Latina y el Caribe”

Montevideo, 09 de diciembre de 2010

HACIA UN SISTEMA NACIONAL DE CUIDADOS EN URUGUAY

Soledad Salvador

Este documento no ha sido sometido a revisión editorial

Este 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 y bajo la supervisión de María Nieves Rico y Fernando Filgueira, funcionarios de la CEPAL y UNFPA respectivamente. El estudio 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".

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de las autoras y pueden no coincidir con las de la Organización.

Índice

Presentación	5
Introducción	7
I. Aspectos conceptuales y metodológicos	15
II. Áreas geográficas del Uruguay en función de características socioeconómicas y tipos de dependencia.	19
A: Niveles de ingreso y pobreza.	19
1. Montevideo	19
2. Interior	21
B. Relación y tipo de dependencia.	23
1. Montevideo	23
2. Interior	24
C. Tasas de actividad y desempleo.	25
1. Montevideo	25
2. Interior	27
D. Síntesis	28
III. La matriz estatal de protección social en Uruguay.....	31
A. Servicios y prestaciones para la población infantil	31
1. Servicios de cuidado infantil (0-3 años).....	31
2. Educación preescolar y primaria (4-12 años).....	34
3. Otros servicios para el cuidado de 4 a 12 años.....	37
4. Prestaciones en especie: alimentación (0 a 12 años).....	37
5. Salud pública.....	40
6. Asignaciones familiares contributivas y del Plan de Equidad (0 a 18)	42
7. Exención fiscal en el Impuesto a las Retribuciones de las Personas Físicas	44
8. Licencias laborales que contribuyen con el cuidado infantil.....	46
B. Servicios y prestaciones para los adultos mayores	47
1. Salud pública.....	48

2. Prestaciones monetarias	50
3. Prestaciones en especie: alimentación.....	55
4. Vivienda	56
5. Programa Adultos Mayores del Ministerio de Turismo y Deporte	57
C. Servicios y prestaciones para personas con discapacidad	57
1. Servicios de educación y cuidado para niños-as con discapacidad	58
2. Servicios de salud pública	59
3. Prestaciones monetarias por discapacidad.....	61
4. Prestaciones en especie: canastas.....	66
D. Resumen de la Matriz Estatal de protección social.....	68
IV. El componente que aporta el sector privado al sistema de cuidados.....	69
A. Servicio doméstico	69
B. Guarderías y jardines privados (0-3 años).....	71
C. Cobertura del nivel Preescolar y Primaria del sector privado (4-12 años).	72
D. Servicios privados de Salud.	74
1. Cobertura de salud privada para niños de 0 a 12 años.....	74
2. Cobertura de salud privada para adultos mayores de 65 años.....	76
3. Cobertura de salud privada en personas con discapacidad.....	78
4. Los hogares de ancianos o casas de salud.	81
E. Los servicios de compañía en sanatorios y domicilio.....	82
F. Resumen del componente privado del sistema de cuidados	83
V. El componente que brindan las familias al sistema de cuidados.....	85
A. Resumen de la matriz del sistema de cuidados con todos sus componentes.....	92
VI. Proyecciones de la población destinataria para los próximos 20 años.....	95
VII. Opciones de política y estrategias de corto, mediano y largo plazo.....	99
A. Marco analítico.....	99
B. Propuestas para Uruguay.....	104
C. Estrategias de corto, mediano y largo plazo	108
Bibliografía	111
Anexos	115
Anexo 1	117
Anexo 2.....	119
Anexo 3.....	125
Anexo 4.....	135
Anexo 5.....	141

Presentación

El presente estudio se realizó en el contexto de una solicitud de colaboración del Ministerio de Desarrollo Social del Uruguay (MIDES) a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) con objeto de contribuir al debate sobre la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Cuidados de las personas dependientes, en particular niñas y niños, personas adultas mayores y personas con discapacidades. 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 del Sistema de Naciones Unidas en 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 de 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 cual 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).

Se espera que la información que se presenta en este documento se constituya en un insumo relevante para el trabajo que viene desarrollando ese Grupo de Trabajo, así como para el debate público sobre un Sistema Nacional de Cuidados que ya se ha iniciado hace unos años en variados foros y procesos deliberativos, en el cual participan -además de organismos gubernamentales-, distintos actores de la sociedad civil, centros académicos, poder legislativo, partidos políticos, y otras instituciones.

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 realizan a este sistema. También se proponen elementos para contribuir al proceso de generación de una “imagen objetivo” sobre el carácter y la cobertura esperada para un Sistema Nacional de Cuidados en Uruguay. Con una visión estratégica se pretende así contribuir a la respuesta estatal a las necesidades de cuidados de la población y a la calidad de las políticas públicas en el país.

Introducción

Se denomina “sistema de cuidados” al conjunto de acciones públicas y privadas que se deberían desarrollar de forma articulada para brindar atención directa a las personas y las familias en el cuidado de su hogar y de sus miembros. Ello incluye la atención de personas dependientes (como son los niños, las personas con discapacidad, los ancianos, los trabajadores sobreocupados) y los quehaceres domésticos¹. En los Países se espera que este sistema se integre al sistema de protección social vigente y sea parte central del mismo. Los componentes del sistema se clasifican en: prestaciones monetarias, servicios, licencias y políticas de tiempo; dado que para cuidar se requiere de “tiempo para cuidar, dinero para cuidar y/o servicios de cuidado” (Ellingstaeter, 1999:41 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 (fundamentalmente mujeres) a través del pleno ejercicio de su derecho a dar, a recibir cuidados y a autocuidarse². La presencia parcial y fragmentada del Estado en la cobertura de las demandas de cuidado lleva a un déficit de cuidados, donde cada sector o clase social lo resuelve en la medida de sus posibilidades y muy probablemente comprometiendo el bienestar de alguno de sus miembros³. Como plantea Clara Fassler (2009: 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

¹ A este sistema es lo que la economía feminista ha dado en llamar “economía del cuidado” refiriéndose al espacio donde la fuerza de trabajo es reproducida y mantenida, que incluye todas las actividades que involucran las tareas de cocina y limpieza, el mantenimiento general del hogar y el cuidado de los niños, los enfermos y las personas con discapacidad. Para un mayor desarrollo del tema consultar Rodríguez Enríquez (2005).

² Para un mayor desarrollo de este enfoque y su vínculo con los cuidados se sugiere consultar Pautassi (2010).

³ Como plantea 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”.

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 generación y reproducción de las desigualdades sociales. Como se plantea en Aguirre (2009: 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 no reconocimiento formal del trabajo no remunerado como trabajo, sufren de “pobreza de tiempo”. Como plantea Araceli Damián (2003 en Scuro, 2009: 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 aún cuando estos pueden adquirirlos, la carencia de tiempo revela que los hogares requieren realizar diversas actividades y/o establecer relaciones humanas para satisfacerlas.”* Ello 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 subempleo⁴).

Diversos trabajos del IPES⁵ (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 han realizado sobre infancia (Katzman y Filgueira, 2001) y vejez (Rodríguez y Rossel, 2009) han identificado determinantes de las desigualdades sociales basados en las desigualdades de género.⁶ Las desigualdades de género 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 medida que no se actúe sobre las desigualdades de género no se estarán revirtiendo los procesos que reproducen las desigualdades sociales así como la pobreza y la vulnerabilidad social.

La publicación 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 llevando a un proceso de profundización de las desigualdades de remuneración entre los calificados y los no calificados, y ello refuerza los círculos de pobreza e inequidad distributiva. Aquí es donde no sólo opera el propio 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 los jóvenes puedan estudiar y trabajar si tienen hijos, y quienes ya están

⁴ En el Mapa de Género del Mercado de Trabajo Uruguayo elaborado por CIEDUR 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.

⁵ Programa de Investigación sobre Integración, Pobreza y Exclusión Social (IPES) de la Facultad de Ciencias Sociales y Comunicación, de la Universidad Católica del Uruguay.

⁶ Estos estudios realizan su análisis en base al 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, 2009:19-20). 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 (Katzman y Filgueira, 2001).

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 informe “Panorama social de América Latina 2009” de 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, 2009:37). Scuro (2009) plantea que en Uruguay el 50% de los hogares pobres son de tipo biparental y aún en aquellos donde las mujeres reciben ingresos propios la carga del trabajo no remunerado es tan elevada como la de quienes no tienen ingresos, o sea, tengan o no trabajo remunerado enfrentan una carga de trabajo no remunerado similar. Ello, alerta Scuro, debe tenerse en cuenta en el diseño de los programas sociales que deberían considerar no sólo la generación de ingresos, sino también la necesidad de transformar la distribución del TNR.

- Contribuir con la reducción de las brechas existentes de **fecundidad**: la investigación sobre la hipótesis de doble insatisfacción desarrollada por Andrés Peri e Ignacio Pardo (2006) encuentra que en términos generales la población uruguaya tiene una fecundidad menor a la deseada (un hijo menos en promedio).⁷ Al diferenciar esa población por nivel socioeconómico (diferenciando cinco niveles) se encuentra que en ninguno de los cinco niveles es predominante la insatisfacción por exceso (tener más hijos de los considerados como número ideal). Los autores encuentran que recién para el caso de quienes tienen 4 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 (2007), Mariana Paredes (2007) y Wanda Cabella (2006) consideran que ello tiene un vínculo directo 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) plantea, a su vez, 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. Éstas últimas retrasan el momento de asumir la maternidad en pos de la adquisición de capital educativo y de lograr una inserción más sólida en el mercado laboral.

Aguirre (2009) a su vez, plantea que la baja en la tasa de fecundidad unido al aumento de la esperanza de vida, o sea, el envejecimiento de la población significa un aumento en la carga de cuidado ya que hay más adultos mayores que pueden llegar a edades donde su estado de salud no sea el óptimo y menos hijos para contribuir a su cuidado.

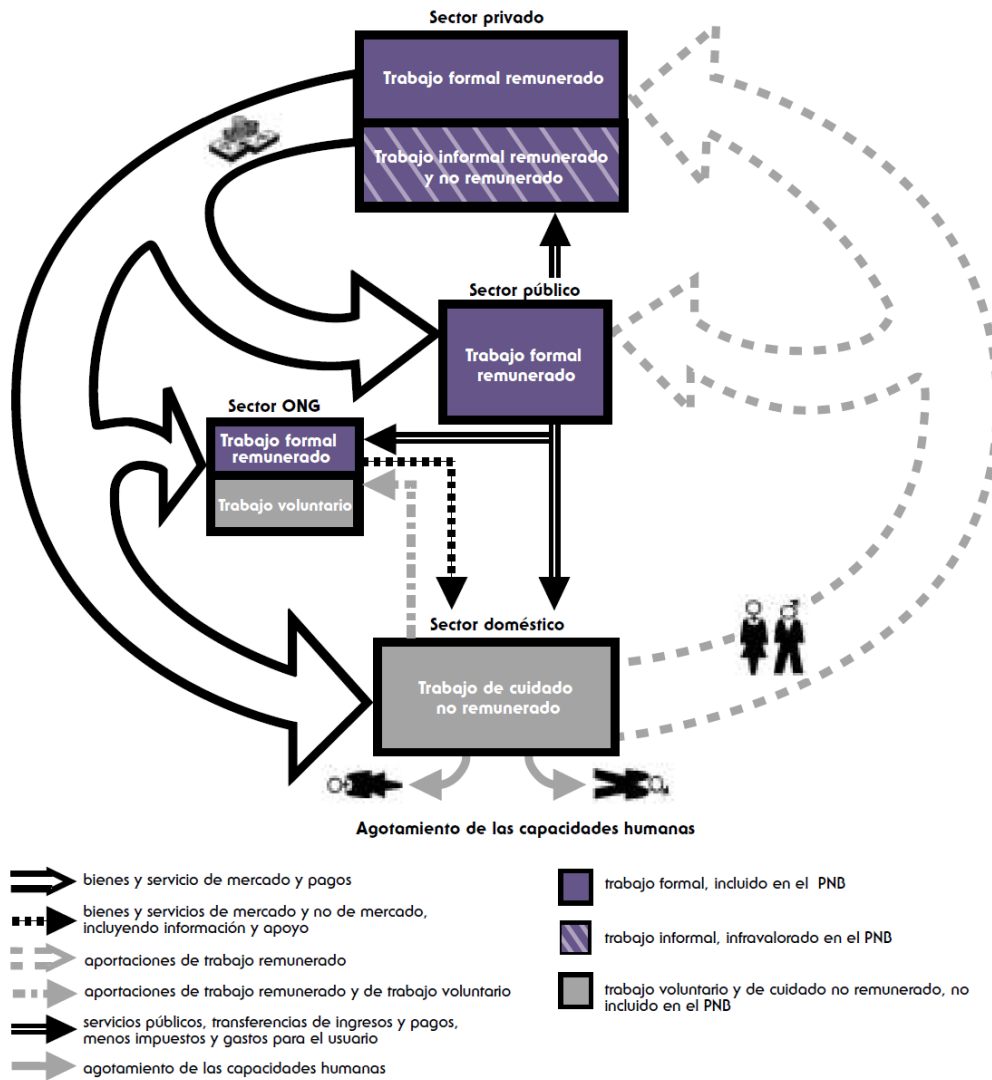
- Promover el **desarrollo económico y social** del país: el desarrollo de un sistema de cuidados significa una inversión en la formación y reproducción de capacidades humanas así como en el fortalecimiento del tejido social de un país (Razavi, 2007). El déficit en la provisión de cuidados conlleva problemas de desacumulación de capacidades, valores y afectos, lo cual impacta en el propio funcionamiento del sistema económico y tiene consecuencias en el aprovechamiento de las oportunidades de crecimiento y desarrollo. El

⁷ La verificación de esta hipótesis se realiza en base a la población con fecundidad completa: hombres y mujeres entre 45 y 59 años de edad. El número promedio de hijos deseados es 3,4 y el promedio de hijos observado es 2,54. Por tanto, la insatisfacción de la población general de 45 a 59 años es por defecto. Desagregando al interior de esa población se encuentra que algo más del 40 % de la población entre 45 y 59 años ha tenido exactamente la fecundidad deseada, más de un tercio insatisfacción “por defecto” y menos del 20% insatisfacción “por exceso”.

informe *El progreso de las mujeres en el mundo 2000* de UNIFEM, buscaba evidenciar esos vínculos entre el trabajo no remunerado y el sistema económico (Diagrama 1). Por su parte, Nabeer (2006), así como otras investigadoras, hablan 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 (la economía formal). De esa forma, busca expresar en forma gráfica la relevancia del trabajo no remunerado para el sostenimiento de la actividad económica de un país (Diagrama 2).

Un ejemplo claro de las dificultades que genera 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 económico, amplios sectores de la población no encuentran empleo o viven situaciones de pobreza y marginación. Por su parte, quienes están insertos en el mercado laboral viven las situaciones descritas de desigualdad de ingresos (que es mayor en el caso de las mujeres con mayores niveles educativos), precariedad y discriminación laboral.

DIAGRAMA 1
EL FUNCIONAMIENTO ECONÓMICO DESDE UNA MIRADA DE GÉNERO



Fuente: UNIFEM (2000:27).

DIAGRAMA 2
EL ICEBERG DE LA ECONOMÍA.



Fuente: Kabeer (2006:56).

La construcción del sistema de cuidados ha sido una demanda puesta de manifiesto 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 Instituto 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.
- En el debate para la elaboración de las bases para la implementación de la Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia 2010-2030 (ENIA) y se expresa en los documentos que surgieron de dicho debate, 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 rol importante desde el año 2008 a través 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 generar 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 manifestar 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 del PIT-CNT apoya también esta iniciativa y es una de sus demandas en la Comisión Tripartita por la Igualdad de Oportunidades en el Empleo que funciona en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social con integración

tripartita (gobierno, empresarios y sindicatos). En ese caso la demanda la expresan exigiendo de implementación del convenio 156 de OIT ratificado por Uruguay en 1989 que refiere a los “Derechos de los Trabajadores con Responsabilidades Familiares”.

- También las organizaciones de jubilados y pensionistas (como la ONAJPU⁸), 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.

La construcción de un sistema de cuidados estuvo planteada en los programas de gobierno de los partidos políticos con mayor representación parlamentaria⁹. A su vez, para la Bancada Bicameral Femenina es uno de sus propósitos para la presente legislatura, existiendo también legisladores varones sensibilizados en el tema.

Por su parte, los organismos de Naciones Unidas han realizado aportes en este sentido:

- El tema del trabajo no remunerado y el compromiso de los gobiernos por realizar acciones para redistribuir ese trabajo 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 de la Mujer de CEPAL. Este tema vuelve a ser recogido 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 OIT para la cual se produjo la publicación “Trabajo y Familia: hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social” (OIT-PNUD, 2009) que realiza varios aportes sobre experiencias y recomendaciones entorno a las políticas de conciliación con corresponsabilidad social.
- Por su parte, los distintos organismos de Naciones Unidas en Uruguay, en particular PNUD, UNFPA y UNIFEM, vienen realizando investigación, brindando apoyo al gobierno y a la sociedad civil para desarrollar acciones que contribuyan con la construcción de un sistema de cuidados.

En el marco de estas 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 que estarían relacionadas con la construcción de este sistema como son: las incorporadas en el Plan de Equidad, en la ENIA, el Instituto Nacional del Adulto Mayor y 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 requiere:

- definir los principios básicos del sistema;
- diseñar un marco institucional en el que se desarrolle y evalúe la implementación del sistema;
- definir un plan de acción respecto a las alternativas que se consideren convenientes desarrollar y aquellas que deban articularse mejor para tener un resultado más eficaz;
- es necesario a nivel nacional y territorial identificar más precisamente las demandas y las necesidades de distintos grupos de población, como por ejemplo las personas con discapacidad o adultos mayores con algún nivel de dependencia;

⁸ ONAJPU es la organización nacional de jubilados y pensionistas más grande del país.

⁹ Johnson y Pérez (2010) realizan un análisis de los programas del Frente Amplio y del Partido Nacional donde identifican este tema aunque con distinta relevancia y diferencias de enfoque.

- relevar las preferencias y necesidades de quienes hoy toman decisiones sobre las personas a cuidar (niños, personas con discapacidad, adultos mayores). Batthyány (2004) y Courtoisie (2010) plantean que en el caso del cuidado infantil se identifican estrategias diferenciadas de cuidado que pueden involucrar la institucionalización a tiempo completo, a tiempo parcial combinada con el cuidado en el hogar (a través de una cuidadora remunerada o no), o el cuidado a tiempo completo de las abuelas. Ello, a su vez, confirma que la estrategia de cuidado que se ofrezca para ser óptima no debería ser única sino que, en la medida de lo posible, debería ofrecerse un menú de opciones.
- Realizar capacitación a los/as cuidadores/as (actuales y futuros).
- Desarrollar protocolos de cuidado para exigir a las instituciones o personas que brinden cuidados.
- Identificar recursos genuinos para el financiamiento de las prestaciones y servicios que se desarrollen, de forma tal 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 que está transitando el país. También se debería contar con la posibilidad de incluir acciones a desarrollar a través de las alcaldías.

I. 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 (como niños, personas con discapacidad que genera dependencia, ancianos y enfermos). Para ello se definieron tres grupos de población dependientes: niños de 0 a 12 años (desagregando entre 0-3 y 4-12), adultos mayores de 65 años (desagregando el tramo entre 65 y 79, y de 80 y más años de edad) y las personas con discapacidad que requieren de ayuda para las tareas cotidianas.

Estas últimas, las personas con alguna discapacidad que requieren de ayuda, se pueden identificar sólo a través de la información que se posee de la “Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad” realizada como un módulo de la Encuesta Continua de Hogares del INE en el período Setiembre 2003-Agosto 2004 y que es representativa de las localidades mayores 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 sólo por la presencia o no de alguna discapacidad. Por ello se utiliza la encuesta de 2004 para la identificación de las personas con discapacidad que requieren de ayuda y se consideró la información de la ENHA-2006 para conocer las variaciones que se pueden haber verificado en el número de personas con alguna discapacidad.¹⁰

En base a los tres grupos de población considerados, se realiza el análisis de los componentes del sistema de cuidados que están incluidos en la matriz estatal de protección social. Estos componentes se clasifican según si son prestaciones monetarias, servicios o licencias, y se analiza su nivel de cobertura en función de una desagregación territorial y socioeconómica. Según la misma desagregación, se analizan los componentes que aportan el sector privado y las familias.

Luego, se analiza la cobertura total buscando identificar los déficits de cobertura y caracterizar la cobertura actual según el grado de mercantilización / desmercantilización, familiarización / desfamiliarización de los servicios existentes. En base a ese análisis se presentan las alternativas que se podrían brindar para mejorar la cobertura actual y se plantea un esquema de análisis de las opciones de política y sus posibles impactos.

¹⁰ El documento de Pérez Morgan (2009) realizado para el Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS) del MIDES 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 2006.

Las fuentes de información estadística utilizadas son: la Encuesta Continua de Hogares 2009, la Encuesta de Gastos e Ingresos 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 de Setiembre de 2007. Todas ellas elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

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

Para la desagregación territorial se consideraron los estratos que elabora el INE¹¹. En Montevideo los cuatro estratos del INE clasifican a la población en: bajo, medio-bajo, medio-alto y alto. En el Interior del país se definen cinco estratos que son: la Periferia¹², 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 será relevante en la implementación de las próximas políticas municipales. Como la información del INE no está agrupada por Alcaldías, éstas se construyeron en base a la información disponible por barrios. Dado que los límites no son precisos, en los casos que el barrio no estaba incluido totalmente en una alcaldía se empleó el criterio de asignarlo a la que resultara más representativo geográficamente (se incluye Plano de Montevideo en Anexo).

Para la desagregación socioeconómica se consideraron dos posibles clasificaciones vinculadas a los niveles de ingreso, pobreza y vulnerabilidad social. Por un lado, la clasificación que utiliza CEPAL en su informe Panorama Social 2009 que distingue entre población: no vulnerables (más de 1,8 líneas de pobreza), vulnerable a la pobreza (entre 1,2 y 1,8 líneas de pobreza), pobre y altamente vulnerable a la pobreza (entre 0,61 y 1,2 LP), e indigente y altamente vulnerable a la indigencia (hasta 0,6 LP). Por otro lado, la estratificación social que realiza el informe sobre Demografía de la Facultad de Ciencias Sociales (Varela, 2008), distingue entre la pobreza estructural, reciente e inercial y luego construye distintos tramos para la población “no pobre” según su ubicación respecto a 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 sólo por ingresos, *pobreza inercial* a quienes presentan NBI pero no insuficiencia de ingresos, y 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, también, la propuesta que presenta el propio informe respecto a 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 que se considera pertinente realizar es que en este trabajo no se realiza un análisis de las características y las condiciones de trabajo de quienes hoy brindan cuidados en forma remunerada porque no era uno de los propósitos de este estudio; pero sería una tarea a realizar en la medida que con la construcción de un sistema de cuidados se quiere contribuir a garantizar la calidad del trabajo de quienes lo realizan. Ello es un requisito indispensable para garantizar el ejercicio de los derechos de quienes brindan y reciben cuidado. Estudios a nivel nacional

¹¹ 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”.

¹² La Periferia es el anillo perteneciente a Canelones y San José desde el límite con Montevideo hasta aproximadamente el Km. 30.

e internacional muestran que estos trabajos vinculados a los cuidados han sido históricamente desvalorizados por considerarse una tarea que las mujeres realizan “naturalmente” y para la cual no requieren de 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 empieza a dar más relevancia a la calificación de los/as cuidadores/as y las condiciones laborales que permitan garantizar la calidad del cuidado. De todas formas, estas tareas se encuentran entre las que poseen peores remuneraciones y condiciones laborales.

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

En esta sección interesa caracterizar las áreas geográficas del Uruguay (ver Anexo 1) según variables socioeconómicas (niveles de ingreso, pobreza, actividad y desempleo) y los tipos de población dependiente para disponer de insumos útiles en el momento de analizar las coberturas de servicios y prestaciones económicas.

La desagregación geográfica se adoptó considerando que sería un aporte útil para el debate que se está dando sobre los déficits de cuidados y su ubicación territorial, así como para comprender las dificultades que pueden existir de acceso a servicios cuando se habita en contextos más empobrecidos.

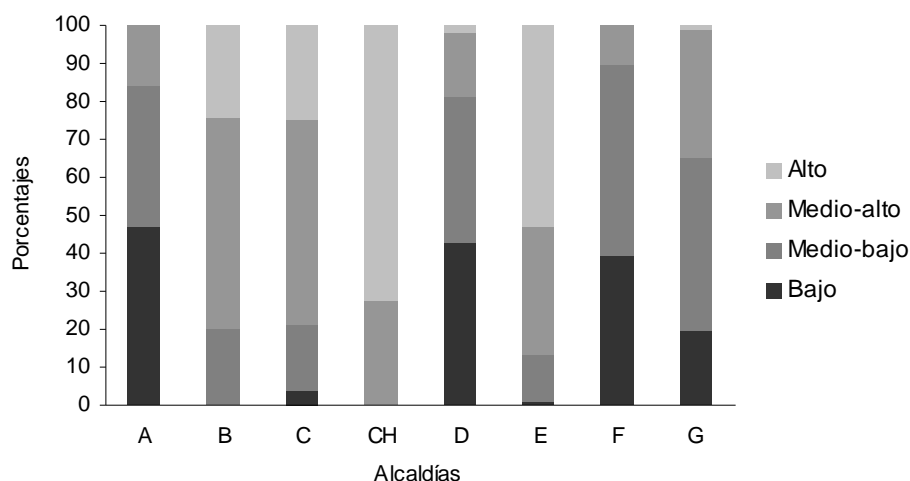
A: Niveles de ingreso y pobreza.

1. Montevideo

En Montevideo, ciudad capital del Uruguay, la desagregación territorial que disponen las alcaldías permite distinguir en base a los cuatro estratos socioeconómicos que construye el INE que (Gráfico 1):

- las alcaldías A y D tienen más concentración del estrato bajo y le sigue el medio-bajo.
- La alcaldía F tiene más concentración del estado medio-bajo, pero le sigue el estrato bajo.
- La alcaldía G está más concentrada en los estratos medio-bajo y medio-alto.
- Las alcaldías B y C están más concentradas en el estrato medio-alto y le sigue el alto.
- Las alcaldías CH y E están más concentradas en el estrato alto y le sigue el medio-alto.

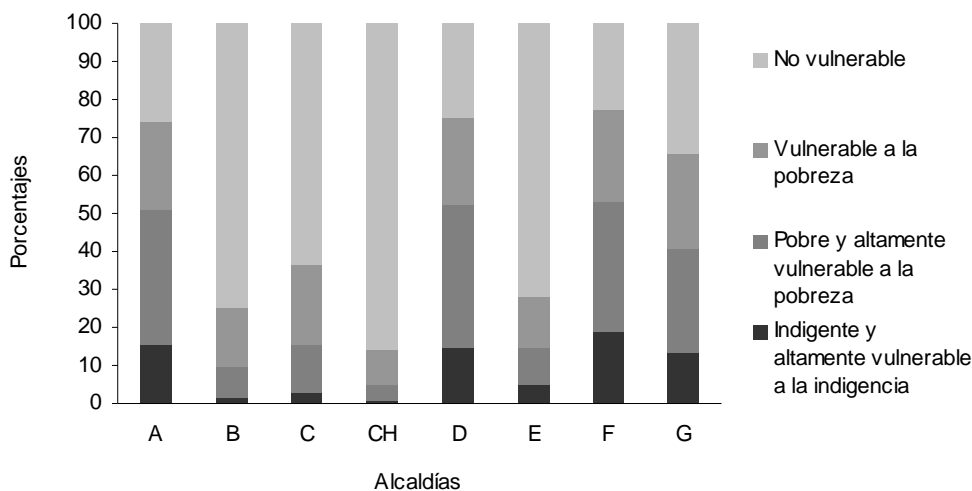
GRÁFICO 1
ALCALDÍAS SEGÚN ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS DEL INE.
MONTEVIDEO, 2009.
(En porcentajes)



Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

Según la clasificación de CEPAL se puede distinguir entre los estratos bajos y medio-bajos la población que está en situación de indigencia, pobreza o que es vulnerable a la pobreza. En términos de caracterización vuelven a quedar las alcaldías A, D y F con características similares siendo 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 de 25%, 36% y 28% respectivamente). (Gráfico 2)

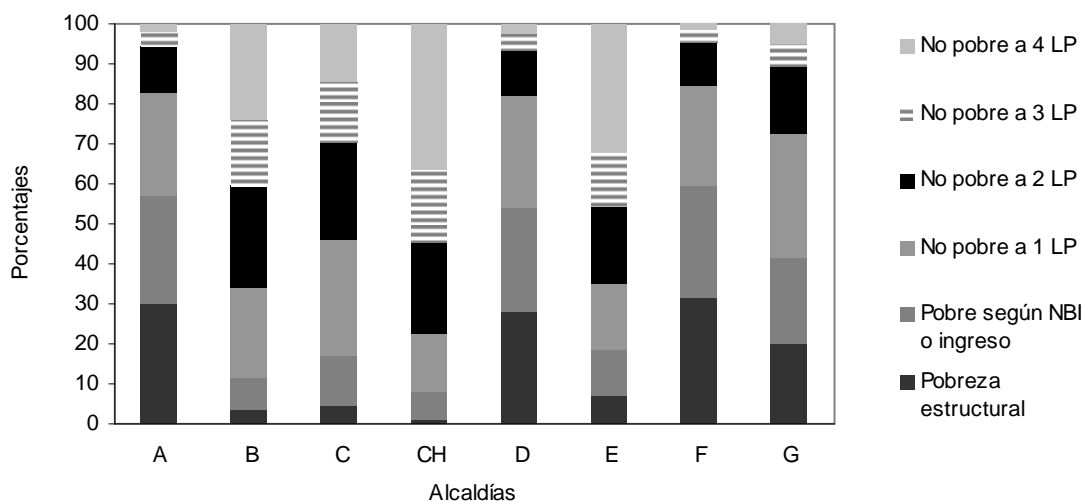
GRÁFICO 2
ALCALDÍAS SEGÚN NIVELES DE INDIGENCIA, POBREZA Y VULNERABILIDAD A LA
POBREZA. MONTEVIDEO, 2009.
(En porcentajes)



Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

En función de la estratificación que propone el informe de Demografía de la FCS (Varela, 2008), se obtiene una desagregación mayor de los estratos medios y altos (según INE) o no vulnerables (según CEPAL). De esa forma, se identifica que la población no vulnerable de las alcaldías A, D, F y G posee principalmente ingresos entre 2 y 3 líneas de pobreza. En las alcaldías B y C los ingresos de la población no vulnerable (por encima de 2 líneas de pobreza) se centra en una gran proporción en los niveles entre 2 y 3 LP (en un 25% para ambas alcaldías). Las poblaciones con mayores ingresos habitan en las alcaldías CH y E. (Gráfico 3)

GRÁFICO 3
ALCALDÍAS SEGÚN LA ESTRATIFICACIÓN SOCIAL PROPUESTA POR FCS.
MONTEVIDEO, 2009.
(En porcentajes)

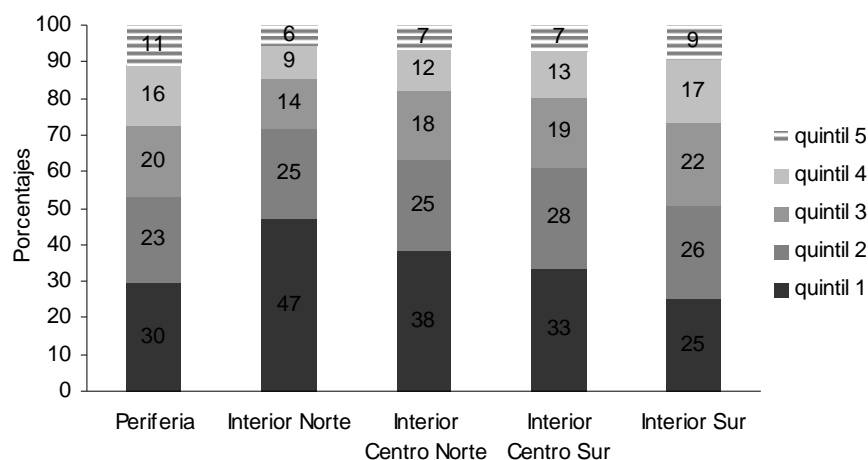


Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

2. Interior

Para caracterizar al 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. Ello 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, 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, Maldonado). Pero, de todas formas, los porcentajes de la población que se ubican entre el primer y tercer quintil de ingresos es siempre elevada: entre 80 y 85% en el Interior Norte y Centro; y el 73% de la Periferia y el Interior Sur. (Gráfico 4)

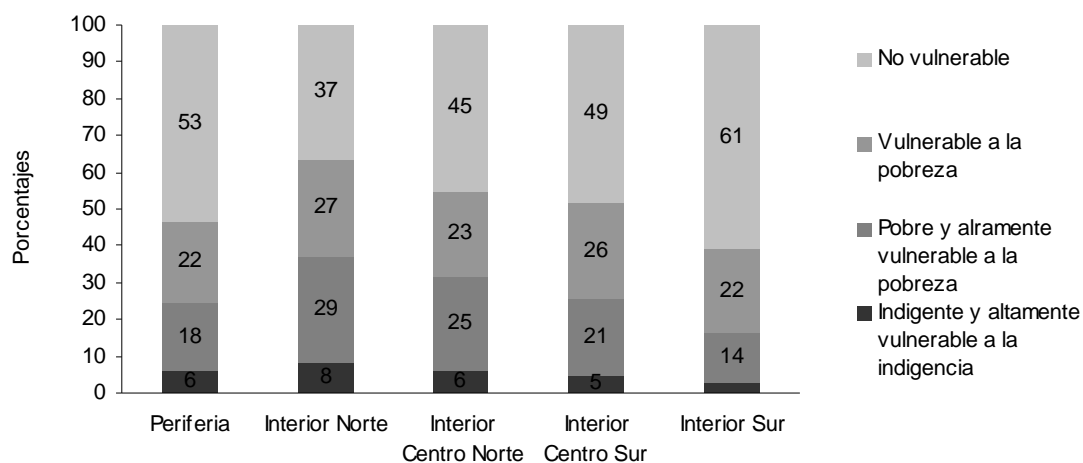
GRÁFICO 4
ESTRATOS DEL INE PARA EL INTERIOR DEL PAÍS
SEGÚN QUINTILES DE INGRESOS PER CÁPITA DEL HOGAR, 2009.
(En porcentajes)



Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

La indigencia y la pobreza son más elevadas en el Interior Norte y Centro Norte. La indigencia es también relevante en la Periferia. La vulnerabilidad a la pobreza es alta en Interior Norte y Centro Sur. El Interior Sur y la Periferia registran los niveles más elevados de no vulnerabilidad.¹³ (Gráfico 5).

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

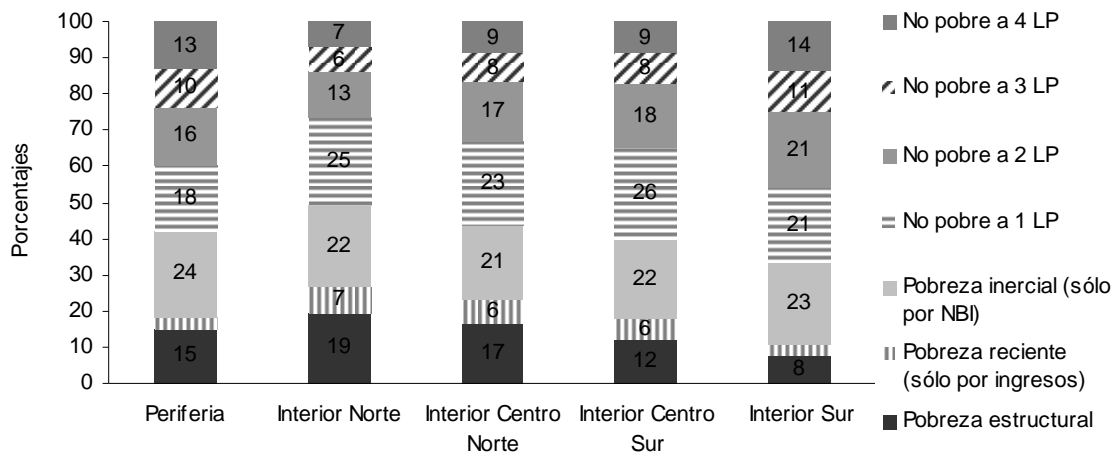


Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

¹³ En el Anexo Estadístico se presentan los datos para todos los departamentos (Cuadro A-1).

También, según la estratificación social propuesta por el informe de FCS (Varela, 2008), se confirma que en el Interior Norte y 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 (sólo por NBI), siendo las regiones con menores niveles de pobreza en su conjunto y mayores porcentajes de poblaciones con altos ingresos (por encima de 4 LP).¹⁴ (Gráfico 6).

GRÁFICO 6
ESTRATOS DEL INE PARA EL INTERIOR DEL PAÍS
SEGÚN ESTRATIFICACIÓN SOCIAL DE FCS, 2009.
(En porcentajes)



Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

B. Relación y tipo de dependencia.

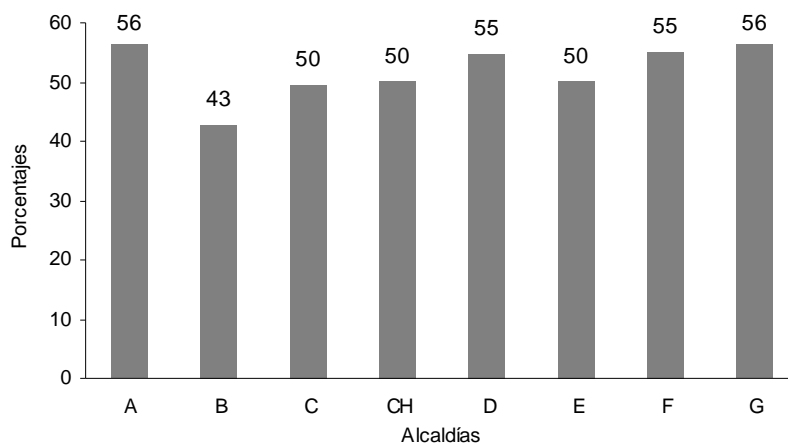
1. Montevideo

También según área geográfica, se presenta la relación de dependencia demográfica que es aquella entre la población potencialmente pasiva y la población potencialmente activa. Se calcula como el cociente entre la suma de las poblaciones menores de 14 años y mayores de 65 años de edad, y la población entre 14 y 64 años. También interesa presentar para cada región el tipo de población dependiente desagregando la población infantil en tramos de 0-5 y 6-12 y los adultos mayores de 65 a 79 y de 80 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 INE) que son las A, D, F y G (Gráfico 7). En éstas, 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 (Gráfico 8).

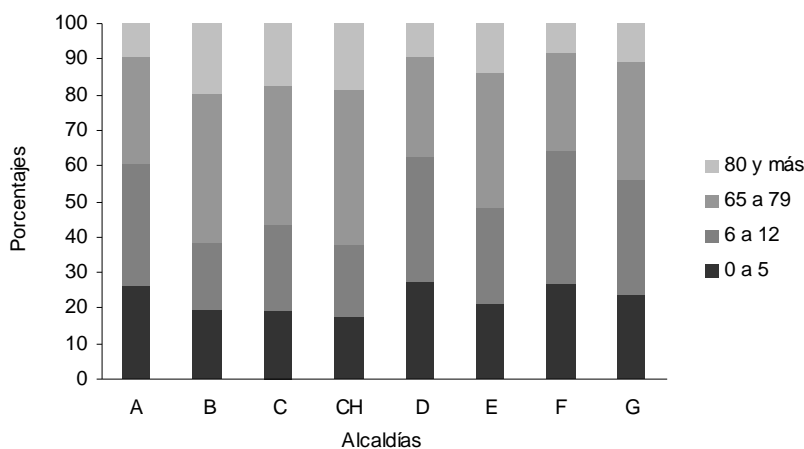
¹⁴ En el Anexo Estadístico se presentan los datos para todos los departamentos (Cuadro A-2).

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



Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

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



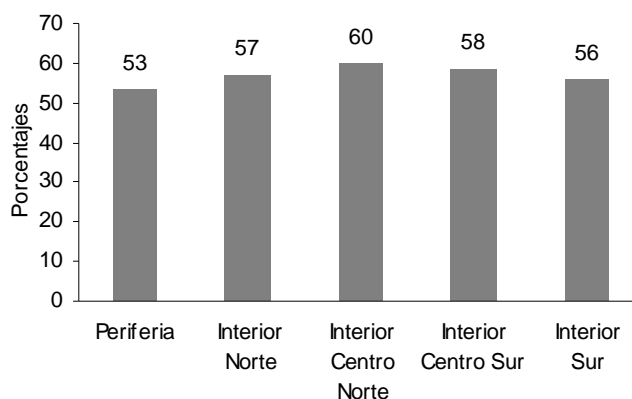
Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

2. Interior

La relación de dependencia demográfica es más alta para el Interior del país que para Montevideo (57% y 52% respectivamente). A su vez, 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 la relación no es tan clara. Se verifica un mayor porcentaje de población infantil es en la Periferia, el Interior Norte y el Centro Norte, y una mayor proporción de población adulta mayor en el Interior Centro Sur y el Interior Sur. (Gráficos 9 y 10)¹⁵

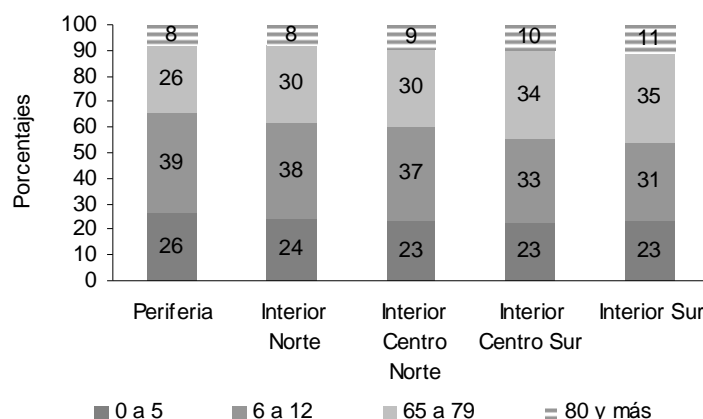
¹⁵ En el Anexo Estadístico se presentan los datos de relación de dependencia y tipo de dependencia para todos los departamentos (Cuadro A-3).

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



Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

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



Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

C. Tasas de actividad y desempleo.

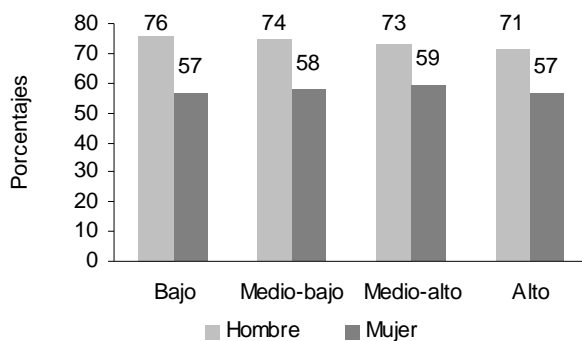
1. Montevideo

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

Según estrato socioeconómico 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 (Gráfico 11). Por su parte, la tasa de desempleo femenina es

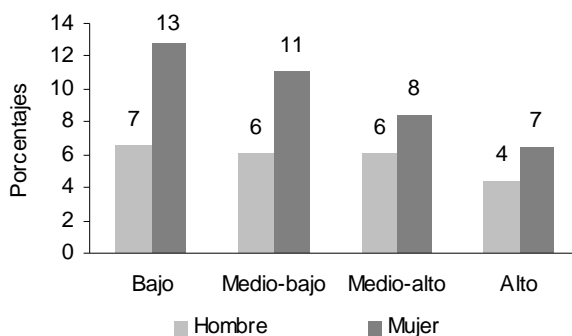
sustancialmente más elevada en los estratos bajo y medio-bajo, mientras la tasa de desempleo masculina también es más elevada en el estrato bajo pero la diferencia con el resto es menor (Gráfico 12).

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



Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

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

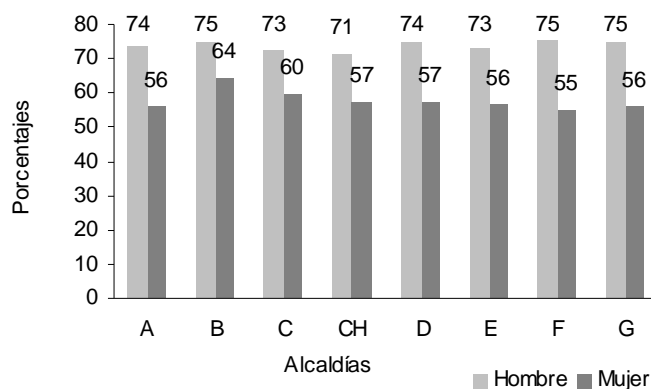


Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

En función de las alcaldías, las tasas de actividad masculinas son más altas en las F y G que en términos relativos tienen un porcentaje mayor de población en el estrato medio-bajo y las tasas de actividad femeninas son sustancialmente más altas en las alcaldías B y C que pertenecen principalmente al estrato medio-alto (Gráfico 13). Ello evidencia claramente las distintas posibilidades de inserción laboral que brindan los estratos socioeconómicos de pertenencia a hombres y a mujeres.

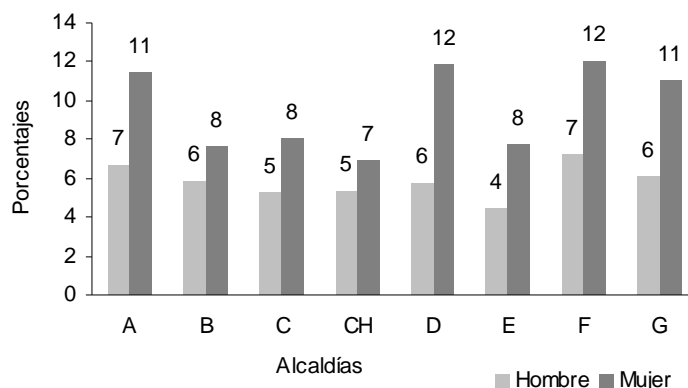
Por su parte, la tasa de desempleo femenino son sustancialmente más elevadas en las alcaldías D, F, G y A que pertenecen a los estratos medio-bajo y bajo, y las tasas de desempleo masculinas son más altas en las alcaldías A, F, D, G y B también de los estratos medio-bajo, bajo y la B que pertenece al estrato medio-alto. De todas formas, las tasas de desempleo masculinas son significativamente inferiores a las femeninas.

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



Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

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



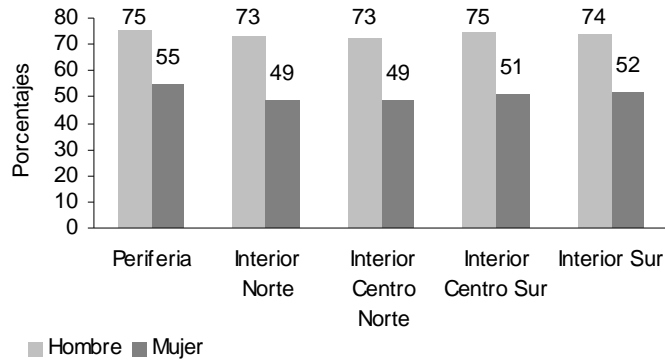
Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

2. 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 Centro Sur. Ambas tasas son más bajas para ambos sexos en el Interior Norte y Centro Norte donde los niveles de pobreza son más elevados. (Gráfico 15).

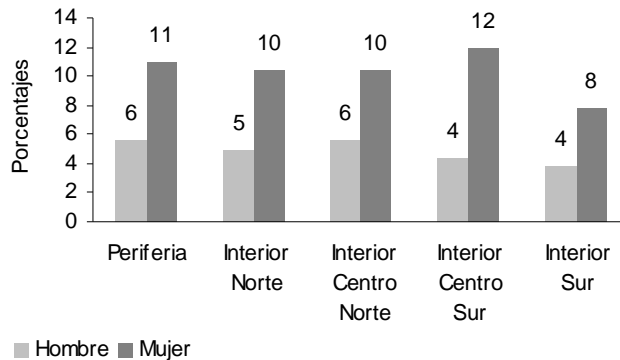
Por su parte, las tasas de desempleo para las mujeres también son más elevadas en la Periferia y el Interior Centro Sur (entorno al 11% y 12%) y le siguen el Interior Norte y Centro Norte (10%). Las tasas de desempleo masculinas que son sustancialmente inferiores a las de las mujeres, son más elevadas en la Periferia, y el Interior Centro Norte y Norte. (Gráfico 16).

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



Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

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



Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

D. Síntesis

En Montevideo se evidencia una relación más clara entre estrato socioeconómico, tipo de dependencia y tasa de actividad y desempleo femenina. Las zonas de menores niveles de ingreso (estratos bajo y medio-bajo) presentan una mayor tasa de dependencia y vinculada al cuidado infantil (0-12 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. Principalmente 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. Este Interior más empobrecido cumple 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 Centro Norte, y los del Interior Sur y la Periferia, posee una dependencia más dividida entre los niños y los adultos mayores, y las tasas de desempleo de las mujeres son muy elevadas (12%).

III. La matriz estatal de protección social en Uruguay

En términos generales, la matriz estatal de protección social se compone de las prestaciones que brindan 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 que aún no se han desarrollado en Uruguay como los servicios sociales.

El análisis de la cobertura de esas prestaciones se realizará en función de los tres grupos de destinatarios definidos en la metodología. Ellos son: niños/as (desagregados en el tramo de la primera infancia 0-3 y 4-12), adultos mayores (en dos grupos: 65-79 y 80 y más), y personas con discapacidad.

La información sobre los servicios y prestaciones monetarias o en especie proviene del Repertorio de Políticas Sociales, la cual 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 sobre servicios y prestaciones para el cuidado infantil. 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.

A. Servicios y prestaciones para la población infantil

1. Servicios de cuidado infantil (0-3 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). Estos centros focalizan su oferta a los sectores de menores recursos.

También, están los centros infantiles (o centros de primera infancia) del INAU que atienden de 0 a 4 años, el programa Nuestros Niños de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) y los jardines públicos de ANEP (Administración Nacional de Educación Primaria).

Como se observa la cobertura es muy limitada para las edades de 0 a 2 años, no alcanzando al 30%, y se concentra en los CAIF. Para los niños de 3 años pasa a ser relevante también la cobertura de los jardines de ANEP. (Cuadro 1)

CUADRO 1
COBERTURA DE LOS CENTROS PÚBLICOS DE CUIDADO INFANTIL.
TOTAL DEL PAÍS, 2009.

(Número de personas y porcentajes)

Centros de cuidado infantil	0 año	1 año	2 años	3 años	Total	Participación en el total
Centros 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 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	

Nota: la información sobre los centros CAIF corresponde a Mayo de 2009, la de los centros infantiles del INAU a Octubre de 2007, la correspondiente al Programa Nuestros Niños a 2009 y la de los Jardines de ANEP a 2008.

Fuente: elaboración propia en base a Perera y Llambí (2010) y Proyecciones de Población del INE.

En Montevideo, es relevante la presencia del Programa Nuestros Niños de la IMM que brinda cobertura a 8,6% de los-as niños-as entre 0 y 3 años siendo más significativa su cobertura para los de 2 y 3 años. Los CAIF son los que tienen mayor presencia entre los-as niños-as de 0 y 1 año (Cuadro 2). Para la edad de 0 año la modalidad más difundida es la semanal que significa la concurrencia una vez a la semana para iniciar al niño y la madre en procesos de Estimulación Oportuna. En la edad de 1 año la atención está más repartida entre modalidad diaria y semanal y en 2 y 3 años es básicamente diaria con jornadas básicamente de 4 horas, aunque también hay servicios de 8 horas. El propósito de los centros CAIF y los jardines de ANEP es aumentar la cobertura de niños que hoy no concurren 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.

CUADRO 2
COBERTURA DE LOS CENTROS PÚBLICOS DE CUIDADO INFANTIL.
MONTEVIDEO, 2009.

(Número de personas y porcentajes)

Centros de cuidado infantil	0 año	1 año	2 años	3 años	Total	Participación en el total
Centros 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 ANEP	---	---	---	2 213	2 213	14,6
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	

Nota: la información sobre los centros CAIF corresponde a Mayo de 2009, la de los centros infantiles del INAU a Octubre de 2007, la correspondiente al Programa Nuestros Niños a 2009 y la de los Jardines de ANEP a 2008.

Fuente: elaboración propia en base a Perera y Llambí (2010) y Proyecciones de Población del INE.

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. (Cuadro 3)

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

CUADRO 3
COBERTURA DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE CUIDADO INFANTIL
POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO. MONTEVIDEO, 2009.

Estratos	En número de personas	Porcentaje
Bajo	5 324	19,6
Medio-bajo	3 476	13,2
Medio-alto	2 038	8,5
Alto	689	4,9
Total	11 527	12,6

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 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 centros CAIF y 11% a los Jardines de ANEP. (Cuadro 4).

Cuadro 4
Cobertura de los centros públicos de cuidado infantil.
Interior, 2009.

(Número de personas y porcentajes)

Centros de cuidado infantil	0 año	1 año	2 años	3 años	Total	Participación en el total
Centros CAIF	4 629	9 217	9 859	11 039	34 744	86,7
Centros infantiles del INAU	57	208	293	308	866	2,2
Jardines de ANEP	---	---	---	2 213	2 213	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	

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

Fuente: elaboración propia en base a Perera y Llambí (2010) y Proyecciones de Población del INE.

Según los estratos del INE, la región con mayor cobertura de centros públicos de cuidado infantil es el Centro Norte, y le siguen el Interior Norte y Centro Sur. Ello se correlaciona 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. (Cuadro 5)

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

CUADRO 5
COBERTURA DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE CUIDADO INFANTIL
POR ESTRATO DEL INTERIOR DEL PAÍS, 2009.

Estratos	En número de personas	En porcentaje
Periferia	3 093	12,5
Interior Norte	5 981	20,6
Interior Centro Norte	6 537	26,9
Interior Centro Sur	4 115	19,3
Interior Sur	4 765	14,0
Total	24 490	18,4

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2009.

En Montevideo, el 60% de los niños de 0 y 1 año asiste en la modalidad semanal y 40% en la modalidad diaria, básicamente en régimen de 4 horas. Mientras que en el Interior, la modalidad semanal para 0 y 1 año está más extendida, alcanza al 80% de los beneficiarios (según ECH 2009 del INE).

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

Los déficits más significativos en los servicios de cuidado infantil refieren al alcance de la cobertura (tanto en número de niños cubiertos como en su extensión geográfica) y la extensión horaria que no se adecua a los horarios de trabajo de los adultos.

2. Educación preescolar y primaria (4-12 años)

La educación preescolar (o inicial) depende del Consejo de Educación Primaria y está dirigida a niños-as de 3 a 5 años a través de diferentes modalidades institucionales: Jardines de Infantes Comunes, Jardines de Infantes Asistenciales, Jardines de Infantes de Ciclo Inicial, Grupos Familiarísticos 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: jardineras (nivel 5 años) y 4 años.

Por su parte, la Educación Primaria atiende a la población entre 6 y 12-13 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 del nivel de 4 años.

Las **Escuelas de Contexto Sociocultural Crítico (CSCC)** y las **Escuelas de Tiempo Completo (TC)** están dirigidas a niños-as en situación de mayor vulnerabilidad social. En el caso de las CSCC que funcionan en jornadas de 4 horas diarias se incorporó el **Programa Maestros Comunitarios (PMC)** para brindar mayor tiempo pedagógico a los-as alumnos 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 para el año 2008 menciona que hay:

- 82.649 niños-as que asistían a educación inicial pública;
- 273.491 asisten a educación primaria urbana (incluye escuelas de tiempo completo, públicas comunes, escuelas especiales y escuelas públicas de contexto desfavorable);
- 19.051 educación primaria rural;
- 87.582 asisten a Escuelas de Contexto Sociocultural Crítico (CSCC)
- 23.942 asisten a Escuelas de Tiempo Completo (TC)
- 16.945 beneficiarios del Programa Maestros Comunitarios (PMC).¹⁶

Existe un programa de **Transporte Escolar** para facilitar el traslado de niños-as desde sus hogares hasta los centros educativos con diversas vertientes, pero muy pocos beneficiarios (90 según información del Repertorio 2008). Transportan escolares con discapacidad, escolares que habitan en zonas alejadas a la escuela de referencia (rurales) y alumnos-as de zonas rurales a centros urbanos o periféricos. El programa depende del Consejo de Educación Inicial y Primaria (CEIP) de 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-as provenientes de las escuelas públicas del país, que participan de pasantías con una duración de 15 días, en instituciones que tienen como objetivos brindar formación educativa, recreativa y de uso formativo del tiempo libre. Existen tres colonias de vacaciones que atienden anualmente a aproximadamente 2.240 alumnos.

Para calcular la cobertura de la enseñanza según público y privado 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 la capital del país el 64,3% de los-as niños-as de 4 a 12 años asisten al sistema público de educación preescolar y primaria, ese porcentaje es superior para el nivel preescolar (73,9%) que para primaria (61,6%). Se verifica claramente la mayor asistencia al sistema público en las alcaldías con mayor nivel de pobreza (las alcaldías A y D que están claramente representadas en el estrato bajo del INE). En éstas el porcentaje de cobertura es entorno al 90% en el nivel preescolar y 73-76% en primaria. Sigue en orden de relevancia de la cobertura pública para los niveles de preescolar y primaria la alcaldía F, cuya población se ubica en los estratos medio-bajo y bajo, la cobertura de preescolar es 79% y la de primaria 75%. La alcaldía G que se ubicaba entre los estratos medio-bajo y medio-alto, tiene una cobertura de 72% para preescolar y 66% para primaria. En las siguientes alcaldías a medida que aumenta su pertenencia a estratos socioeconómicos más altos, baja la cobertura pública del sistema preescolar, pero más aún la cobertura de primaria. En B y C que estaban más concentradas en el estrato medio-alto la cobertura de primaria es entorno a 47%, en E es 43% y en CH que es donde se ubican los estratos más altos la cobertura de primaria apenas alcanza al 25%. (Cuadro 6)

¹⁶ En el Anexo Estadístico se incluye un cuadro del Departamento de Estadística Educativa del CEIP que presenta los datos desagregados según modalidad de atención y departamento.

CUADRO 6
COBERTURA DE LA EDUCACIÓN PÚBLICA DE PREESCOLAR Y PRIMARIA
POR ALCALDÍA. MONTEVIDEO, 2009.

Alcaldía	Preescolar		Primaria	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
A	6 630	91,5	19 962	75,7
B	1 321	50,9	3 339	46,6
C	2 435	66,0	6 635	47,5
CH	1 136	38,1	2 578	25,4
D	5 823	89,8	18 507	73,2
E	2 934	62,3	7 007	42,7
F	3 764	79,2	13 634	75,3
G	3 250	72,4	11 125	65,9
Total	27 293	73,9	82 787	61,6

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

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

En el Interior del país la tasa de cobertura asciende a 82,3% en promedio, siendo muy similar el porcentaje para el nivel preescolar y primaria (83,7% y 82% respectivamente). En este caso, las regiones con mayor cobertura del nivel preescolar son Interior Norte y Centro Sur (entorno al 91%). Siguen en importancia para ese nivel, Interior Centro Norte y Sur (entorno al 86%) y es significativamente más baja para la Periferia (65,4%). En el nivel de primaria, es más significativa la cobertura pública en el Interior Norte y Centro Norte (entre 88% y 85%) que son las regiones más pobres. Es también relevante para el Interior Sur y Centro Sur con niveles entorno a 81%. Pero sigue siendo menos significativa para la Periferia (73,4%). (Cuadro 7)

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

CUADRO 7
COBERTURA DE LA EDUCACIÓN PÚBLICA DE PREESCOLAR Y PRIMARIA
POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO. INTERIOR, 2009.

(En número y porcentajes)

Estrato	Preescolar		Primaria	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
Periferia	7425	65,4	32605	73,4
Interior Norte	10570	91,2	45255	87,7
Interior Centro Norte	9584	85,8	39347	84,5
Interior Centro Sur	8688	90,9	30660	81,5
Interior Sur	13498	85,5	45388	81,6
Total	49765	83,7	193256	82,0

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

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

3. Otros servicios para el cuidado de 4 a 12 años.

Existen otros servicios que contribuyen con el cuidado infantil en contra horario con la escuela. Ellos son los **Club de Niños** cuya modalidad más difundida es cogestionada entre el INAU y organizaciones de la sociedad civil pero también hay centros directamente gestionados por el Instituto. Estos clubes están dirigidos a niños-as en condiciones de vulnerabilidad social donde desarrollan actividades socioeducativas, de promoción del aprendizaje, de recreación, deportivas y culturales. A su vez, estos clubes 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 las y los niños asistan a la escuela, en cualquiera de sus modalidades.

En la modalidad gestionada por el INAU acceden al programa niños-as entre 6 y 12 años y el total de beneficiarios era 284 en 2008 (según el Repertorio). En la modalidad por convenio, el criterio de edad es 5 a 12 y, según datos de 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-as.

También existe un programa más reducido y de reciente desarrollo que es el **Proyecto Abuelo Amigo** del BPS. El mismo busca generar espacios intergeneracionales para contribuir a dar una respuesta a la situación de niños-as en riesgo social. El servicio es provisto por adultos mayores de 60 años que en forma voluntaria brindan atención a niños-as entre 4 y 18 años. El programa es coejecutado entre el BPS, 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 cuenten con una estabilización 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.

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

Existen diversas modalidades desde el Estado para contribuir con la alimentación de los-as niños-as básicamente en situación de riesgo social o nutricional. Por un lado, el **Programa de Alimentación Escolar** (PAE) que es el más amplio ya que se brinda en los comedores escolares de educación preescolar y primaria. El PAE brinda almuerzos y/o desayunos y meriendas y también realiza huertas orgánicas, censos de talla, entre otros. Los dos subprogramas son los comedores escolares y “la copa de leche”. Atiende diariamente entre 230 000 -250 000 niños-as distribuidos en 2 222 comedores en todo el país.

El **Sistema Nacional de Comedores** del Instituto Nacional de Alimentación (INDA) que brinda asistencia alimentaria a personas en situación de desventaja social a través de un almuerzo diario. El programa es coejecutado con las Intendencias Departamentales y Juntas Locales del país. Su población objetivo son las mujeres embarazadas o lactantes, niños-as pre-escolares (19 meses a 6 años) que no reciban asistencia alimentaria en guarderías públicas o privadas. También pueden acceder escolares (6 a 14 años) que concurren a escuelas que no poseen comedor escolar o no tenga cupo, o escolares 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 MSP, los controles pediátricos y obstétricos correspondientes. Los usuarios tienen derecho únicamente a una ingesta diaria por persona y el servicio es de lunes a viernes en Montevideo y de lunes a sábado en el interior del país. El usuario debe concurrir a almorzar al servicio, pero en el caso de mujeres embarazadas y niños pre-escolares cuyo domicilio se encuentra a una distancia mayor a 15 cuadras pueden acceder al 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**. Esta última surge para reemplazar la “canasta de riesgo social” que brindaba el

INDA. En junio de 2009 se sustituye por una transferencia monetaria mensual a través de una tarjeta magnética para permitir a los beneficiarios el acceso a los productos de la canasta básica con la posibilidad de seleccionar de acuerdo a sus necesidades. También se accede a artículos de limpieza e higiene. El monto que se transfiere a la tarjeta depende según el número de menores de 18 años o embarazadas que vivan en el hogar¹⁷. El programa forma parte del Plan de Equidad y se ejecuta en convenio del INDA con 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 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 kg. de leche en polvo extra por cada menor de 6 años y/o embarazada que integre el núcleo familiar. Los beneficiarios son niños-as de 0 a 17, mujeres embarazadas o en lactancia en situación o en riesgo de desnutrición. El diagnóstico de riesgo está a cargo del 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 ubica entre 26% y 31%. En la alcaldía G que se ubica en el estrato medio-bajo la cobertura ya es inferior al 19%. (Cuadros 8 y 9)

CUADRO 8
COBERTURA DE LOS COMEDORES PÚBLICOS
PARA NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS POR ALCALDÍA.
MONTEVIDEO, 2009.

Alcaldías	En número de personas	En porcentaje
A	12 848	27,5
B	1 624	11,0
C	1 846	7,4
D	11 584	25,7
E y CH	2 818	5,8
F	9 693	31,0
G	5 463	18,6
Total	45 875	19,1

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

CUADRO 9
COBERTURA DE LOS COMEDORES PÚBLICOS
PARA NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS POR ESTRATO.
MONTEVIDEO, 2009.

Estratos	En número de personas	En porcentaje
Bajo	24 018	33,7
Medio-bajo	14 817	20,6
Medio-alto y Alto	7 040	7,2
Total	45 875	19,1

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

¹⁷ 1 beneficiario: \$ 479, 2 beneficiarios: \$ 726, 3 beneficiarios: \$ 924, 4 o más \$ 1.287. Fuente: <http://www.mides.gub.uy/mides/text.jsp?contentid=3511&site=1&channel=mides>

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

**CUADRO 10
COBERTURA DE LOS COMEDORES PÚBLICOS PARA NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS
POR ESTRATO. INTERIOR, 2009.**

Estratos	En número de personas	En porcentaje
Periferia	15 032	20,2
Interior Norte	34 211	40,2
Interior Centro Norte	24 424	32,1
Interior Centro Sur	18 452	29,2
Interior Sur	22 376	23,1
Total	114 495	28,9

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

Hay un porcentaje muy reducido de niños-as que recibe canastas de alimentación, es menos del 1% para Montevideo y 2,3% para el Interior. Más del 60% corresponde a la canasta común del INDA y el resto es la canasta de bajo peso por riesgo nutricional u otras como plomo, escolar contexto crítico, celíaco, etc. (Cuadro 11)

**CUADRO 11
COBERTURA DE CANASTAS DE ALIMENTACIÓN PARA
NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS POR ÁREA GEOGRÁFICA.
TOTAL DEL PAÍS, 2009.**

Área geográfica	En número de personas	En porcentaje
Montevideo	1 884	0,8
Interior	9 128	2,3
Total	11 012	1,7

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

Por último, la Tarjeta Alimentaria que se otorga a hogares en situación de vulnerabilidad social con niños, adolescentes y mujeres embarazadas, en Montevideo abarca al 18,4% de los hogares con niños de 0 a 12 del estrato bajo y en el Interior la cobertura es superior llegando al 23,5% de los hogares con menores de 13 años del Interior Norte. (Cuadros 12 y 13)

**CUADRO 12
COBERTURA DE LA TARJETA ALIMENTARIA EN HOGARES CON NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS
POR ESTRATO. MONTEVIDEO, 2009.**

Estrato	En número de personas	En porcentaje
Bajo	7 696	18,4
Medio-bajo	5 679	12,0
Medio-alto y alto	2 186	3,2
Total	15 561	9,8

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

CUADRO 13
COBERTURA DE LA TARJETA ALIMENTARIA EN HOGARES CON NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS
POR ESTRATO. INTERIOR, 2009.

Estrato	En número de personas	En porcentaje
Periferia	5 809	12,4
Interior Norte	12 709	23,5
Interior Centro Norte	8 631	18,7
Interior Centro Sur	5 866	14,4
Interior Sur	5 504	8,7
Total	38 519	15,3

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

5. 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 en salud a niños-as de 0 a 11 diferenciados en el primer nivel de atención. Para acceder a los servicios se debe contar con el Carné de Asistencia de salud pública. El mismo 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 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 de edad se atienden en servicios de salud de ASSE.

También, existen los **Servicio Materno-Infantil** del BPS que brindan atención integral a mujeres embarazadas y niños-as beneficiarios-as 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. Los diferentes programas brindan asistencia médica, alimentos y medicamentos. Específicamente se brinda: (i) asistencia integral a la embarazada, asistencia del parto normal y patológico y puerperio, (ii) asistencia integral del recién nacido en capital e Interior hasta los 90 días, (iii) control del crecimiento y el desarrollo psicomotor de niños-as hasta los 6 años de edad en capital e Interior, (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 por objetivo contribuir a la inserción laboral de madres adolescentes de ingresos bajos con hijos que están siendo atendidos en los Centro Materno-Infantiles del BPS. El programa ofrece un sistema de apoyos económicos y sociales a fin de cubrir los costos que implican las capacitaciones (locomoción, materiales de estudio, cuidados del hijo, apoyo docente, 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”¹⁸.

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

¹⁸ Presentación “Seguridad Social y Equidad de Género”, BPS, Montevideo, junio 2009. Disponible en: www.bps.gub.uy/.../Conf.%20de%20E.%20Murro%20sobre%20Seg.%20Social%20y%20Mujeres%2025-06-09.ppt.

de 0 a 12 años que se atienden en salud pública. Por último, los servicios de las policlínicas municipales atienden entre 5-6% de los niños de 0 a 12 años que se atienden en salud pública y el área de salud del BPS atiende el 4,7% de los niños de 0 a 3 años. (Cuadro 14)

CUADRO 14
DISTRIBUCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA
SEGÚN INSTITUCIÓN Y TRAMOS DE EDAD.
TOTAL DEL PAÍS, 2009. (EN PORCENTAJES)

Institución	0 a 3	4 a 12
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 de BPS	4,7	1,7
Otros	3,4	4,3
Total	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

En Montevideo, la atención en servicios de salud pública alcanza al 40,5% de los niños de 0 a 12 años de edad. Esa cobertura va a ser claramente superior en las alcaldías de menores recursos, se ubica en 52% en la alcaldía A, 57% en la D y 55% en la F. También la cobertura es relevante en la alcaldía G que se ubica en el estrato medio-bajo donde cubre al 45%. (Cuadro 15)

CUADRO 15
COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA
EN NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS POR ALCALDÍA.
MONTEVIDEO, 2009.

Alcaldía	En número de personas	En porcentaje
A	24 342	52,2
B	2 636	17,9
C	6 431	25,9
CH	1 787	9,4
D	25 844	57,4
E	5 823	19,9
F	17 240	55,0
G	13 295	45,3
Total	97 398	40,5

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

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

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

Estrato	niños de 0 a 3		niños de 4 a 12	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
Bajo	12 544	61,2	31 221	61,6
Medio-bajo	9 610	48,5	23 168	44,6
Medio-alto y alto	5 595	19,5	15 260	22,2
Total	27 749	40,2	69 649	40,7

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 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 a 53,2% en los niños de 4 a 12 años de edad. 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). (Cuadro 17)

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

Estrato	niños de 0 a 3		niños de 4 a 12	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
Periferia	8 266	44,5	24 508	44,0
Interior Norte	13 554	62,0	41 354	65,4
Interior Centro Norte	9 734	53,1	37 118	64,3
Interior Centro Sur	7 950	49,6	25 576	54,2
Interior Sur	9 038	35,3	28 517	39,9
Total	48 541	48,3	157 073	53,2

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

6. Asignaciones familiares contributivas y del Plan de Equidad (0 a 18)

La **Asignación Familiar Contributiva** es una prestación económica brindada por el BPS destinada a complementar los ingresos familiares del hogar de trabajadoras-es dependientes con menores a cargo. Se otorga desde el momento de 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) en los hogares con hasta dos niños. El mismo aumenta según la cantidad de hijos.

Son beneficiarios los hijos menores de 18 años de trabajadores-as 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; 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 alcanza las 221.456 personas.

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

La **Asignación Familiar-Plan de Equidad** tiene por objetivo brindar una prestación económica destinada a 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 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 por beneficiarios integrantes del hogar, (ii) \$ 300 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 menores que estén en atención de tiempo completo en establecimientos del INAU el monto de la prestación mensual es de \$ 700¹⁹. Como contrapartida 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 alcanza las 327.913 personas.

Para el total del país, el número de hogares que reciben 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 mil hogares con menores de 6 años que reciben la AFAM del Plan de Equidad y 64 mil que reciben la AFAM contributiva. Respecto a los hogares con niños que asisten a Primaria, hay 88 mil que reciben la AFAM del Plan de Equidad y 83 mil que reciben la AFAM contributiva. (Cuadro 18)

CUADRO 18
NÚMERO DE HOGARES CON NIÑOS QUE ACCEDEN A ASIGNACIONES FAMILIARES
SEGÚN TIPO DE ASIGNACIÓN. TOTAL DEL PAÍS, 2009. (EN NÚMERO DE HOGARES)

Beneficiarios	Plan de Equidad	Empleado público	Empleado privado
Niños menores de 6 años que no asisten a Primaria	68 030	13 437	50 821
Niños que asisten a Primaria	87 973	21 061	62 130

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

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

¹⁹ 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.

CUADRO 19
NÚMERO Y PORCENTAJE DE HOGARES CON NIÑOS QUE ACCEDEN A
ASIGNACIONES FAMILIARES SEGÚN ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS.
MONTEVIDEO, 2009. (EN NÚMERO Y PORCENTAJES)

Estrato	Plan de Equidad	Empleado público	Empleado privado	Cobertura total
Bajo	19 215	2 927	9 460	75,4
Medio-bajo	15 116	2 967	12 697	65,0
Medio-alto	7 010	2 771	9 216	45,1
Alto	932	1 298	2 881	19,0
Total	42 273	9 964	34 254	54,7

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 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. A su vez, al interior de cada región la AFAM no contributiva es más elevada en el Interior Norte (59%), Interior Centro Norte (51%) y la Periferia (53%). Tanto en el Interior Sur como Centro Sur la AFAM contributiva es la más relevante (64% y 56% respectivamente). (Cuadro 20)

CUADRO 20
NÚMERO Y PORCENTAJE DE HOGARES CON NIÑOS QUE ACCEDEN A
ASIGNACIONES FAMILIARES SEGÚN ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS.
INTERIOR, 2009.

Estrato	Plan de Equidad	Empleado público	Empleado privado	Cobertura total
Periferia	15 362	2 347	11 505	62,4
Interior Norte	24 380	5 411	11 531	76,5
Interior Centro Norte	17 593	4 983	11 915	74,6
Interior Centro Sur	13 014	4 366	12 469	73,3
Interior Sur	15 056	5 165	22 031	66,5
Total	85 405	22 272	69 450	70,5

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

7. Exención fiscal en el Impuesto a las Retribuciones de las Personas Físicas

Según el artículo 8 de la ley 18.341 (30 de agosto de 2008) donde se introducen modificaciones al Impuesto a las Retribuciones de las Personas Físicas (IRPF), se podrán deducir 13 BPC²⁰ (Bases de Prestaciones y Contribuciones) anuales por hijo por gastos de educación, alimentación, vivienda y salud no amparados por el FONASA de hijos menores de edad a cargo del contribuyente. La deducción se duplica en caso de hijos con discapacidad. Estas deducciones se calculan según las mismas franjas que se utilizan para el cálculo del IRPF.

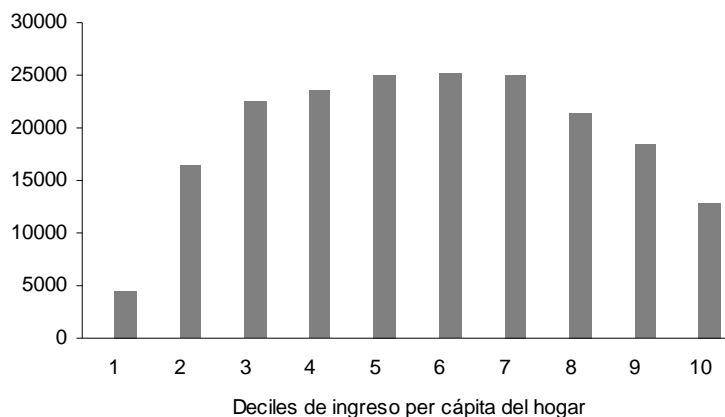
Como no todas las personas pagan IRPF estas deducciones benefician a un cierto grupo de la población contribuyente. Para calcular el monto efectivo de la deducción por hijo y los beneficiarios de la misma se utilizó la estimación realizada por el Departamento de Políticas

²⁰ En enero de 2010, la BPC se ubica en \$2.061, por lo tanto, 13 BPC equivalen a 26 793 pesos uruguayos.

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 en base a la ECH 2009.

El resultado es que el monto promedio de la deducción por hijo es de 310 pesos al año. Hay 194.600 beneficiarios de esta deducción que se concentran en los tramos entre el decil 3 a 7 (Gráfico 17).

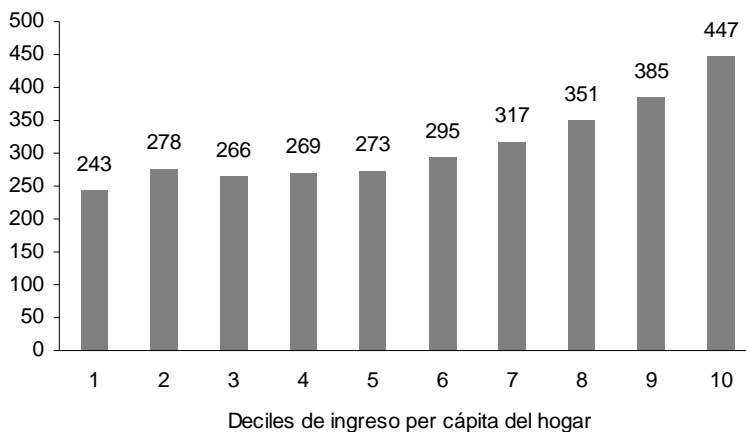
GRÁFICO 17
NÚMERO DE PERSONAS BENEFICIARIAS DE LA DEDUCCIÓN POR HIJO
DEL IRPF SEGÚN DECIL DE INGRESOS PER CÁPITA DEL HOGAR.
TOTAL DEL PAÍS, 2009. (EN NÚMERO DE PERSONAS)



Fuente: elaboración propia en base a los datos de ECH 2009 y Dpto. Políticas Sociales de OPP.

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

GRÁFICO 18
MONTO PROMEDIO DE LA DEDUCCIÓN DE IRPF POR HIJO
SEGÚN DECIL DE INGRESOS PER CÁPITA DEL HOGAR.
TOTAL DEL PAÍS, 2009. (EN PESOS URUGUAYOS)



Fuente: elaboración propia en base a los datos de ECH 2009 y Dpto. Políticas Sociales de OPP.

Esto demuestra que efectivamente la deducción que en principio parece significativa por tratarse de 13 BPC al año, cuando se traduce en su impacto efectivo su monto pasa a ser muy reducido.

8. Licencias laborales que contribuyen con el cuidado infantil

Las licencias laborales que permiten la conciliación entre el empleo y las responsabilidades familiares vinculadas con el 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 ello equivalía a que de las 17.000 mujeres ocupadas que tenían hijos menores a un año, 8.400 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 no realizaba sus aportes, por lo cual, no iban a tener derecho al beneficio y 1.900 que contribuyen a la seguridad social pero no reciben el beneficio por no ser asalariadas (cerca del 60% eran cuenta propia con local y 25% patronas).

Las asalariadas del sector público gozan de una licencia por maternidad de 13 semanas y las del sector privado de 12 semanas. Ambas son inferiores a la recomendación 191 de OIT de 18 semanas. Durante ese período reciben el subsidio por maternidad y luego tienen el beneficio de lactancia que para las trabajadoras del sector privado se limita a 2 medias horas en la jornada diaria de trabajo y en el caso del sector público es media jornada. La extensión del período de lactancia en la práctica se aplica hasta los seis meses de edad del hijo, aunque podría extenderse según indicación médica.

Las licencias por paternidad, hasta el año 2008, sólo existían para el sector público que desde 1989 preveía tres días hábiles (ley 16.104) y en diciembre de 2005 se ampliaron a diez días hábiles (ley 17.930). A fines de 2008 se aprobó la licencia por paternidad para el sector privado de tres días corridos. En este caso el costo de la licencia lo asume 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 Instituto de Seguridad 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), y brindar una licencia por paternidad más amplia a cargo del BPS.

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 treinta días con goce sueldo, en caso debidamente justificados. Si es por un plazo mayor será sin goce de sueldo. (art. 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 hijo-a, y/o 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 hijo/a 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 de diez años, con un máximo de tres veces al año por cada hijo, y dos días en caso de internación, sin límite de número. En otro convenio de empresa (en la bebida) se consideran inasistencias justificadas las de un día, provocadas por enfermedades de hijos menores de 15 años, con un límite de tres en el semestre, sin perjuicio de autorizaciones especiales de acuerdo al caso concreto. 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 de 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 (caso del sector financiero) o el pago de una suma en dinero al empleado (sector salud). (Salvador, 2007)

B. Servicios y prestaciones para los adultos mayores

Los servicios que tradicionalmente ha brindado el Estado para este grupo de la población son los servicios 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 (INAM) en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) que autoridades²¹ del Ministerio esperan quede conformado en el 2011. Se espera que dicho instituto funcione como "rectoría" de todas las políticas que se 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 con base comunitaria creando alternativas a la institucionalización y generando condiciones de apoyo para la atención en el ámbito familiar.
- Colabore con el Ministerio de Salud Pública fijando las bases sobre las cuales éste 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 a los efectos de que contemplen las necesidades de los adultos mayores que requieran dicho apoyo.
- Fomente programas de capacitación y de formación de los técnicos, profesionales y funcionarios que estén en relación con los adultos mayores haciendo conocer los derechos específicos de esta etapa etárea.
- Incluya en las políticas habitacionales nacionales normas que garanticen el acceso a una solución habitacional digna y decorosa, de costos accesibles y de ambientes agradables

²¹ Palabras del Subsecretario Lauro Meléndez en el día internacional del Adulto Mayor. Nota de prensa de El Observador, lunes 4 de octubre: <http://pronadis.mides.gub.uy/mides/colgado.jsp?contentid=9748&site=1&channel=pronadis>

y seguros con destino 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 Geriátrica de la Facultad de Medicina, el Congreso de Intendentes y hasta tres organizaciones de la sociedad civil que representen los intereses de los adultos mayores jubilados, pensionistas y de sus intereses culturales.

1. Salud pública

La atención de la salud de las personas adultas mayores se brinda mediante los Hospitales y Centros de Salud de ASSE de todo el país, donde se implementan programas tales como envejecimiento saludable, nutrición, inmunización y prevención de enfermedades. Los servicios de salud están dirigidos a personas de 65 años y más de todo el país que cuenten con el carnet de asistencia de salud pública. El mismo 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 presente 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 y 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 la salud, se modifica levemente el sistema para las personas que ya están jubiladas y para las nuevas, a partir de enero de 2008, se les da cobertura a través del sistema público o de las mutualistas (cualquiera sea el monto de su jubilación). La modificación para las personas jubiladas es que acceden al beneficio de la cuota mutual aquellos jubilados como trabajador dependiente que no perciban ingresos nominales propios superiores a 6 233,98 pesos uruguayos a enero de 2010 y los-as jubilados-as como trabajador no dependiente si la jubilación no supera las 2,5 BPC e integren hogares cuyo promedio de ingresos por todo concepto no supere ese tope que equivale a 5 152,5 pesos uruguayos a enero de 2010. Los pensionistas aún no están incluidos en este sistema.

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

- a) 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);
- b) mejorar ciertos aspectos sociales del adulto mayor (establecer sistemas de ayuda familiares, contribuir al mejoramiento del nivel educativo de la población de adultos mayores, desarrollar una cultura de la prevención a través del deporte, la recreación y el uso del tiempo libre), y
- c) desarrollar una formación adecuada de las personas vinculadas con el 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).

Las actividades que desarrolla el programa en pro de la consecución de los objetivos nombrados son: el relevamiento de casas de salud y hogares de ancianos; la elaboración de normas técnicas (de salud bucal, ocular, atención cardio-vascular y patologías tumorales); la inclusión de contenidos educativos en los currículos escolares; el asesoramiento con OPS y otras instituciones gubernamentales y ONGs, etc. En el marco de este programa se ha generado 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 cuales requiere de ayuda, sus redes de apoyo, con quien convive y, luego, aspectos vinculados a su salud.

En la órbita del MSP, 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 Huenchuán y Paredes (2006), este Hospital se encuentra en un proceso de reconversión de un modelo asilar a un centro geriátrico implementando las estadías diurnas. En dicha institución existe un servicio de cuidadores domiciliarios (Batthyány *et al*, 2007).

Según institución, la cobertura más relevante para ambos tramos de edad la brinda el MSP a través del 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. (Cuadro 21).

CUADRO 21
COBERTURA DE SALUD PÚBLICA PARA ADULTOS MAYORES
SEGÚN INSTITUCIÓN . TOTAL DEL PAÍS, 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 de BPS	0,2	0,4
Otros	6,9	7,9
Total	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 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. Según alcaldía, se verifica claramente que en las más pobres (A, D y F) es donde la atención en salud pública es más elevada. La diferencia con el resto de las alcaldías es bastante notoria más de 10 puntos porcentuales (Cuadro 22). Lo mismo se verifica considerando los estratos socioeconómicos del INE (Cuadro 23).

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

Alcaldía	65 a 79 años		80 años y más	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
A	10 132	44,1	3 062	42,0
B	3 253	20,2	1 200	15,8
C	5 397	24,1	1 495	14,8
CH	2 501	11,5	1 165	12,3
D	9 101	45,2	2 426	37,1
E	4 989	21,9	1 479	17,4
F	6 039	45,7	1 642	39,8
G	6 595	37,3	1 466	25,9
Total	48 009	30,6	13 934	23,5

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

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

Estrato	65 a 79 años		80 años y más	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
Montevideo bajo	12 407	55,6	2 986	47,8
Montevideo medio-bajo	16 743	40,6	5 021	33,8
Montevideo medio-alto	14 280	26,8	4 147	19,3
Alto	4 580	11,4	1 780	10,6
Total	48 009	30,6	13 934	23,5

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

En el Interior, la cobertura de salud pública para los adultos mayores es muy superior en ambos tramos de edad respecto a Montevideo. Nuevamente la relación que se verifica es que en las zonas más pobres (Interior Norte y Centro Norte) es donde esta cobertura es más elevada (entorno al 60% para 65 a 79 años y 55-58% para 80 años y más). (Cuadro 24)

CUADRO 24
COBERTURA DE SALUD PÚBLICA PARA ADULTOS MAYORES
POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO. INTERIOR, 2009.

Estrato	65 a 79 años		80 años y más	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
Periferia	14 137	47,3	3 579	40,7
Interior Norte	24 695	59,6	5 809	55,0
Interior Centro Norte	23 053	60,3	7 015	58,6
Interior Centro Sur	20 284	52,7	6 432	55,2
Interior Sur	24 178	38,2	6 516	34,2
Total	106 348	50,3	29 350	47,3

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

2. Prestaciones monetarias

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

Los beneficios que brinda el BPS son:

- “jubilación común” (60 y más) para los trabajadores dependientes y patrones de todos los sectores de actividad (incluyendo trabajadores domésticos y rurales) que hayan realizado los aportes correspondientes.
- “jubilación por edad avanzada” (65 y más) si no cumplen con la cantidad de aportes exigidos pero tienen un mínimo de 25 años de aporte. A partir de los 70 años se exigen 15 años de aporte.

- “pensión a la vejez” (70 y más) para personas que tienen escasos recursos económicos²² y no reciben otra prestación de pasividad. En el caso en que el beneficiario posea algún ingreso inferior al valor estipulado de la pensión (en enero 2010 asciende a \$4.288,57), sólo 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 entre 65 y 70 años de edad en situación de extrema pobreza y cuyo monto es el mismo que el de las pensiones por vejez e invalidez.
- “pensión de sobrevivencia” es una ayuda económica generada a partir del fallecimiento de un afiliado activo o pasivo y destinada a los deudos. Son beneficiarias las personas viudas, hijos solteros menores de 21 o 18 años si ingresa al mercado laboral, los hijos mayores o los padres incapacitados para todo tipo de trabajo. Se establecen ciertos requisitos de ingresos y edad para la mujer viuda²³, y necesidad 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/as y divorciados/as.
- Cómputo por hijo para las mujeres: desde febrero de 2009 las mujeres tienen derecho a computar un año adicional de servicio por cada hijo nacido vivo o adoptado, con un máximo total de 5 años.

Según el reciente estudio de Aguirre y Scuro (2010) sobre el sistema previsional 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: sólo el 57,7% de las mujeres son jubiladas mientras lo son el 82% de los hombres. Por su parte, el 54,4% de las mujeres son pensionistas y sólo el 6,7% de los hombres.

En términos de ingresos, el monto promedio de las jubilaciones de las mujeres son 71,4% respecto 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 es del estrato alto tiene un porcentaje inferior al promedio de jubilados en el tramo de 80 y más lo cual probablemente se explique por la presencia de mujeres sin ingresos propios o pensionistas. (Cuadro 25)

²² La percepción del beneficio depende de una visita realizada por asistentes sociales del BPC. Actualmente los topes establecidos para los familiares que conviven con el solicitante, si es el/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 40% de la BPC por cada hijo menor. En caso de no convivir los familiares con el solicitante, los topes de ingresos establecidos serán 8 BPC para el/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 40% de la BPC por cada hijo menor. En enero de 2010, la BPC se ubica en \$2.061.

²³ El tope de ingresos para percibir la pensión de sobrevivencia la mujer viuda se estableció en 15.000 pesos en la Ley de Reforma de la Seguridad Social (N° 16713) y su actualización se realiza en base a la evolución del Índice 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 2010 el tope se ubica en 47.086 pesos.

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

Alcaldía	65 a 79 años		80 años y más	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
A	15 313	66,7	5 288	72,5
B	10 959	68,2	5 685	74,9
C	15 312	68,5	7 414	73,3
CH	14 593	66,8	6 785	71,5
D	11 345	56,4	5 046	77,1
E	14 402	63,3	6 359	74,6
F	7 826	59,2	2 843	68,9
G	11 315	63,9	3 897	68,9
Total	101 063	64,4	43 322	73,0

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

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

CUADRO 26
COBERTURA DE JUBILACIONES PARA ADULTOS MAYORES
POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO. MONTEVIDEO, 2009.

Estrato	65 a 79 años		80 años y más	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
Bajo	12 882	57,7	4 415	70,6
Medio-bajo	26 517	64,2	11 167	75,1
Medio-alto	35 430	66,5	15 917	74,1
Alto	26 234	65,3	11 818	70,5
Total	101 063	64,4	43 317	73,0

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

La cobertura de jubilaciones en el Interior del país es similar a la de Montevideo para el conjunto de la población (64% para 65 a 79 años y 76% para los mayores de 80), pero la diferenciación por estratos en el Interior es mayor. Los niveles de cobertura son significativamente superiores en las zonas de mejor nivel socioeconómico (Interior Sur y Centro Sur) y en la Periferia así como en las zonas más empobrecidas (Interior Norte y Centro Norte) la cobertura es sustancialmente inferior. (Cuadro 27).

CUADRO 27
COBERTURA DE JUBILACIONES PARA ADULTOS MAYORES
POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO. INTERIOR, 2009.

Estrato	65 a 79 años		80 años y más	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
Periferia	17 654	59,1	6 133	69,8
Interior Norte	22 871	55,2	7 094	67,1
Interior Centro Norte	23 796	62,2	8 758	73,2
Interior Centro Sur	26 569	69,1	9 464	81,2
Interior Sur	43 565	68,8	15 858	83,3
Total	134 454	63,6	47 308	76,3

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

Como las pensiones de sobrevivencia las reciben en casi su totalidad mujeres (sólo un 2% de hombres) el cálculo de la cobertura se realiza en función de las mujeres 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 es más elevada en las alcaldías A, B y C, perteneciendo la primera al estrato bajo y las dos últimas al estrato medio-alto. En el tramo de mujeres mayores de 80 años las coberturas más altas se identifican en las alcaldías de mayores ingresos (CH y E) y en G que pertenece al estrato medio-bajo. (Cuadro 28)

CUADRO 28
COBERTURA DE PENSIONES DE SOBREVIVENCIA PARA MUJERES
ADULTAS MAYORES POR ALCALDÍA. MONTEVIDEO, 2009.

Alcaldía	65 a 79 años		80 años y más	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
A	5764	46,7	2991	62,9
B	4400	45,2	3232	61,3
C	6115	46,6	3991	60,7
CH	5231	41,2	4618	69,6
D	4531	41,5	2798	65,1
E	5345	42,1	4135	70,8
F	2901	41,8	1715	66,2
G	4091	42,0	2739	70,7
Total	38378	43,5	26218	65,8

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

El Cuadro 29 muestra que no se verifican grandes diferencias en la cobertura de la pensión de sobrevivencia por estratos socioeconómicos.

CUADRO 29
COBERTURA DE PENSIONES DE SOBREVIVENCIA PARA MUJERES
ADULTAS MAYORES POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO. MONTEVIDEO, 2009.

Estrato	65 a 79 años		80 años y más	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
Bajo	4709	41,1	2768	69,0
Medio-bajo	9856	43,4	6112	63,0
Medio-alto	13829	45,0	9821	66,4
Alto	9984	42,9	7517	66,3
Total	38378	43,5	26218	65,8

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 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 que se registra es 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. (Cuadro 30)

CUADRO 30
COBERTURA DE PENSIONES DE SOBREVIVENCIA PARA MUJERES
ADULTAS MAYORES POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO. INTERIOR, 2009.

Estrato	65 a 79 años		80 años y más	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
Periferia	7508	45,0	3587	62,8
Interior Norte	7394	35,5	3581	55,0
Interior Centro Norte	7639	38,7	4733	64,8
Interior Centro Sur	7686	41,1	4713	66,5
Interior Sur	13397	42,4	8347	68,2
Total	43623	40,6	24961	64,3

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

Las pensiones a la vejez las perciben 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 a los ingresos que se evalúan del núcleo familiar y los familiares directos no convivientes. Por ello la cobertura es muy reducida, 3,6% de los adultos mayores reciben esta prestación. El nivel es algo superior para el Interior que para Montevideo. (Cuadro 31)

CUADRO 31
COBERTURA DE LA PENSIÓN A LA VEJEZ PARA
ADULTOS MAYORES POR ÁREA GEOGRÁFICA. TOTAL DEL PAÍS, 2009.

Área geográfica	En número de personas	En porcentaje
Montevideo	4 408	2,0
Interior	13 182	4,8
Total	17 590	3,6

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

3. Prestaciones en especie: alimentación.

El Instituto Nacional de Alimentación (INDA) brinda cobertura a los adultos mayores a través 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 al mismo las personas beneficiarias de pensión a la vejez. En caso de no retirar el complemento en un período de tres meses, se pierde el derecho al beneficio. Según datos del INDA para el año 2008 promedialmente 36.313 pensionistas recibieron las canastas. No se cuenta con el dato específico de cuántos son los beneficiarios que percibieron la prestación por ser beneficiarios de la pensión por vejez.

A su vez, existe también para los adultos (así como se mencionó para la población infantil) la posibilidad de acceder al **Sistema Nacional de Comedores** (de INDA) donde se brinda asistencia alimentaria a personas en situación de desventaja social a través de un almuerzo diario. En la actualidad existen en Montevideo 10 comedores. En el interior del país, se instrumenta con el apoyo de las Intendencias Municipales, siendo responsabilidad de las comunas proveer las plantas físicas, el equipamiento y el recurso humano. 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 de comedor se realiza un proceso de selección de los usuarios. Ingresado al programa, cada usuario es portador de una tarjeta identificatoria en donde consta sus datos personales, tipo de servicio y vigencia del mismo, la que debe presentar 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 por persona 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 en total (no distingue cuántos son adultos mayores).

Según la ECH de 2009 hay alrededor de 1400 adultos mayores que comen en comedor público. Las canastas de alimentación llegan a un número superior de adultos mayores (11.500), y éstos tienen una mayor representación en el Interior del país. De todas formas, los porcentajes son muy reducidos: 3,8% en el Interior y 0,5% en Montevideo. (Cuadro 32)

CUADRO 32
COBERTURA DE LAS CANASTAS DE ALIMENTACIÓN EN LOS
ADULTOS MAYORES POR ÁREA GEOGRÁFICA. TOTAL DEL PAÍS, 2009.

Área geográfica	En número de personas	En porcentaje
Montevideo	1 053	0,5
Interior	10 484	3,8
Total	11 537	2,4

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

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

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%). (Cuadro 33)

CUADRO 33
COBERTURA DE LA TARJETA ALIMENTARIA EN HOGARES CON
ADULTOS MAYORES POR ÁREA GEOGRÁFICA. TOTAL DEL PAÍS, 2009.

Área geográfica	En número de personas	En porcentaje
Montevideo	1691	0,8
Interior	5528	2,0
Total	7219	1,5

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

4. Vivienda

Respecto a la vivienda existe un programa del BPS que busca mejorar la situación habitacional y calidad de vida de jubilados y pensionistas de menores recursos. Para ello el BPS se encarga de adjudicar viviendas construidas por el Ministerio de Vivienda a jubilados y pensionistas. También se otorgan otras soluciones habitacionales que buscan contemplar las necesidades de las personas mayores beneficiarias y las posibilidades inmobiliarias que ofrece cada localidad del país. Estas comprenden subsidios de alquiler y cupos–camas en Hogares de Ancianos. Según información de Pugliese (2007), en setiembre de 2006 existían, bajo la órbita del BPS, 92 Hogares de Ancianos registrados con 2.938 usuarios. Actualmente los cupos-camas se está implementado para beneficiarios y aspirantes que ya ocupan viviendas del programa y su condición física les impide valerse por sí mismos. Luego de evaluada su discapacidad por un equipo técnico, se deriva a un Hogar de Ancianos sin fines de lucro, convenientes con BPS.

Son beneficiarias del programa las personas que perciban una jubilación o pensión del BPS y no tengan ingresos que superen las 12 UR²⁴. (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 supere 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. Según información del sitio web²⁵ del BPS, la cantidad de viviendas entregadas desde el inicio del programa (en 1990) a agosto de 2010 es 5.764, donde 2.514 fueron entregadas 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 país.

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

Según información de Pugliese (2007), existen algunos centros diurnos en Hogares de Ancianos que convenían 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. Pero la experiencia en Uruguay no ha sido muy exitosa. En 7 hogares de ancianos del departamento de Colonia y en 4 hogares del

²⁴ El valor de 1 UR a octubre de 2010 es 468,65 pesos uruguayos, o sea, que 12 UR equivalen a \$ 5624.

²⁵ <http://www.bps.gub.uy/Jubilados/DO/SolucionesHabitacionales.aspx?menu=DOJubilados>

departamento de Soriano funcionan centros diurnos, pero por diversas razones que no han sido estudiadas, las personas mayores no han mostrado interés en concurrir.

El Ministerio de Salud Pública, por su parte, 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 (IDM) 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 abarcando solo una zona de Montevideo²⁶. Se trabaja con grupos de aproximadamente setenta personas, en su gran mayoría mujeres (ingresan alrededor de cuarenta personas por año y egresan prácticamente el mismo número). El perfil y condiciones de las personas que participan en el programa es: autoválidos, mayores de 60 años, nivel educativo en general primaria completa, todos reciben algún tipo de ingresos, jubilación o pensión, son adultos mayores que viven solos o con un familiar. (Batthyány *et al*, 2007).

Para reducir los costos de mantenimiento de las viviendas propias la IDM 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 y el valor de la propiedad no supera \$341 000; y es parcial (50%) si el valor de la propiedad se ubica entre \$341 000 y 511 601.

También existen programas específicos como el del Ministerio del Interior para que funcionarios-as policiales en actividad o retiro puedan acceder a una vivienda decorosa 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 entre otros los inactivos por edad (jubilados y pensionistas) vinculados al servicio policial en condiciones habitacionales específicas tales como vivienda ruinoso, inquilino con lanzamiento, situación de calle, entre otros. Según la información del Repertorio de Políticas Sociales del 2008 se han beneficiado de este programa 132 hogares.

5. Programa Adultos Mayores del Ministerio de Turismo y Deporte

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

C. Servicios y prestaciones para personas con discapacidad

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

La **Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado (CNHD)**²⁷ tiene a su cargo la elaboración, estudio, evaluación y aplicación de los planes de política nacional de promoción,

²⁶ Los Centros Comunales Zonales 6, 7 y 8 que cubren la zona este de Montevideo. Los centros se ubican uno en Cerdón y el otro en Parque Rivera (Carrasco).

²⁷ La CNHD se encuentra en la jurisdicción del Ministerio de Salud Pública y se integra con 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, Art. 546) y de las organizaciones de personas con discapacidad y otras instituciones relacionadas.

desarrollo, rehabilitación e integración social de las personas con discapacidad. Dicha comisión se crea en el marco de la Ley N° 16.095 (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 del Estado en sus diversos servicios, y promover acciones tanto a nivel del Poder Ejecutivo como de los Gobiernos Departamentales.

Las actividades que se han llevado a cabo responden básicamente al objetivo de estimular la solidaridad social y brindar algunos servicios. En el Repertorio de Políticas Sociales se da cuenta que dicha comisión brinda 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 6 a 20hs. y el traslado se debe solicitar telefónicamente con 24 horas de anticipación. El costo por traslado es \$70 para la persona y \$20 para el acompañante. El costo del traslado a los centros de Salud Pública y Hospital de Clínicas es \$40 (se deberá presentar 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 aquellos que se encuentran en situación de pobreza y/o exclusión social mediante acciones que promuevan la inclusión de las mismas en la comunidad. Este programa además de realizar políticas de transversalidad en el estado sobre la temática de la discapacidad, brinda algunas prestaciones. Se destaca el servicio telefónico de información sobre servicios y programas disponibles para las personas con discapacidad, al cual se sumó la reciente aparición de la Guía de Recursos (en el sitio web del MIDES) que brinda información sobre beneficios disponibles según características de la población (infancia, adultos mayores y discapacidad).

1. Servicios de educación y cuidado para niños-as con discapacidad

Escuelas Especiales, ANEP (de 5 a 15 años)

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

Las escuelas especiales se organizan en clases de hasta seis grados, luego de los cuales los alumnos ingresan a áreas especializadas en actividades pre-ocupaciones y ocupacionales ya sea en el marco de escuelas con atención específica como en escuelas comunes en las cuales se los integra al aula. Para ingresar a las escuelas especiales es necesario realizar un estudio psicodiagnóstico del niño-a o adolescente, el cual puede ser realizado en diversas instituciones internas o externas a ANEP, siempre que estén validadas por dicha 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 estaban matriculados 7.702 niños-as y adolescentes, de los cuales el 94% asiste a escuelas o clases para discapacidades intelectuales, 5% para discapacidades auditivas y 1% para discapacidades visuales (Cuadro A-5).

El 3,7% de los niños de 4 a 12 años presentaba alguna limitación permanente según la Encuesta de Discapacidad del año 2004. Ello representa unos 14.700 niños-as. De ellos, el 81% asiste a una escuela pública de primaria o preescolar. Se identifica en ese año que unos 1.400 niños-as no asisten a ningún centro educativo. Ello representa el 9,7% de los niños con alguna limitación permanente, siendo que para el total de niños de 4 a 12 años el porcentaje es 4,6%.

Entre Montevideo y el Interior, la asistencia a la escuela pública es algo superior en el Interior (82,1%) aunque la diferencia entre ambas regiones es poco significativa. (Cuadro 34)

CUADRO 34
COBERTURA DE LA ESCUELA PÚBLICA EN NIÑOS
DE 4 A 12 AÑOS CON DISCAPACIDAD SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA.
LOCALIDADES MAYORES DE 5.000 HAB., 2004.

Área geográfica	En número de personas	En porcentaje
Montevideo	5100	79,8
Interior	6900	82,1
Total	12000	81,1

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Nacional a Personas con Discapacidad Setiembre 2003-Agosto 2004 del INE.

También existe desde ANEP el **Programa Transporte Escolar** dirigido a niños-as y adolescentes con discapacidad o que habitan en zonas alejadas del centro educativo (como el medio rural). Según los datos del Repertorio en 2008 este programa tenía 90 beneficiarios.

Centros de atención de niños y niñas con discapacidad intelectual o motriz, INAU

Por su parte, los centros de atención a niños-as con discapacidad del INAU buscan potenciar el desarrollo de la autonomía y promover el desarrollo de su personalidad. Acceden a los centros niños-as y adolescentes de 0 a 18 años de edad con discapacidad intelectual o motriz, a través del Centro de Estudio y Derivación del INAU o a través de la derivación desde otros servicios del sistema de INAU. El programa es coejecutado entre el INAU, el INDA y la Intendencia de Montevideo, y convenia con 39 organizaciones sin fines de lucro. El programa es de alcance departamental (Montevideo), 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 365 niños-as y adolescentes.

2. Servicios de salud pública

En ASSE existe el **Programa SERENAR** que 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 pisco-neuro sensoriales de los lactantes y al seguimiento sistemático del niño hasta los seis años de edad. Los beneficiarios son niños y niñas usuarios de ASSE que presenten algunos de los indicadores de riesgo y el médico tratante estima conveniente su derivación.

Ello es muy relevante así como las acciones de prevención de la discapacidad infantil que puedan realizarse ya que esta se concentra en los estratos de menores ingresos. Según los datos de la Encuesta Nacional a Personas con Discapacidad Setiembre 2003-Agosto 2004, en los niños de 0 a 12 años la incidencia de la discapacidad es significativamente superior en el primer quintil de ingresos per cápita del hogar. El 63% de los niños con discapacidad en Montevideo y el 74% de los niños con discapacidad del Interior del país se ubican en este quintil y ello es superior al porcentaje de niños en el quintil que es 43% y 64% respectivamente. En relación a los niños del quintil significa que 4,3% de los niños de Montevideo y 3,5% de los niños del Interior que pertenecen al primer quintil de ingresos tienen alguna discapacidad, siendo que el promedio general para ambas regiones es 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 portadores de malformaciones congénitas y afecciones connatales. El programa es ejecutado por el Departamento

de Especialidades Médico Quirúrgicas (D.E.ME.QUI) 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. Diariamente se atienden a este servicio alrededor 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/o pensionistas por invalidez. Las mismas buscan cubrir el costo de la cuota escolar, instituto de rehabilitación o locomoción. Cuando el tratamiento médico exige el traslado del paciente del Interior del país, los pasajes y el alojamiento del paciente y 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 de salud pública en el estrato bajo es mayor en el caso de personas que requieren de ayuda para las tareas cotidianas respecto al conjunto de personas con discapacidad y menor en los demás estratos. (Cuadro 35)

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

Estrato	Total de personas con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
Bajo	15 447	73,0	9 006	79,7
Medio-bajo	15 621	47,1	8 570	47,3
Medio-alto	12 230	35,4	5 737	33,7
Alto	3 230	16,1	1 786	16,5
Total	46 527	42,7	25 099	43,8

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Nacional a Personas con Discapacidad Setiembre 2003-Agosto 2004 del INE.

En el Interior del país, la cobertura de salud pública para las personas con discapacidad es sustancialmente superior que en Montevideo (72% respecto a 43%). Como se puede apreciar en el Cuadro 36, los niveles de cobertura pública de salud para personas con discapacidad y/o necesidad de ayuda diaria son muy similares, siendo los estratos que más recurren a estos servicios el Interior Norte e Interior Centro Norte, regiones que presentan un nivel socioeconómico menor a las demás.

CUADRO 36
COBERTURA DE SALUD PÚBLICA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO.
INTERIOR (LOC MAYORES 5.000 HAB), 2004.
(En número y porcentajes)

Estrato	Total de personas con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
Periferia	14 938	71,6	8 798	67,9
Interior Norte	10 317	79,1	7 385	80,0
Interior Centro Norte	18 673	81,2	11 925	82,3
Interior Centro Sur	18 042	68,2	8 764	71,7
Interior Sur	15 309	62,8	6 358	58,2
Total	77 279	71,7	43 230	72,2

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Nacional a Personas con Discapacidad Septiembre 2003 - Agosto 2004 del INE.

3. 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 debiendo 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, ésta se mantiene hasta el cumplimiento de los 15 años.

Por su parte, la **Asignación Familiar del Plan de Equidad** brinda una prestación de 1.000 pesos mensual²⁸ a los niños con discapacidad de sectores en situación de vulnerabilidad económica y social.

Además, existe la **Pensión por Invalidez** del BPS para todas aquellas personas de cualquier edad que padezcan 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 severa no se le efectuará 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 (a enero de 2010).²⁹

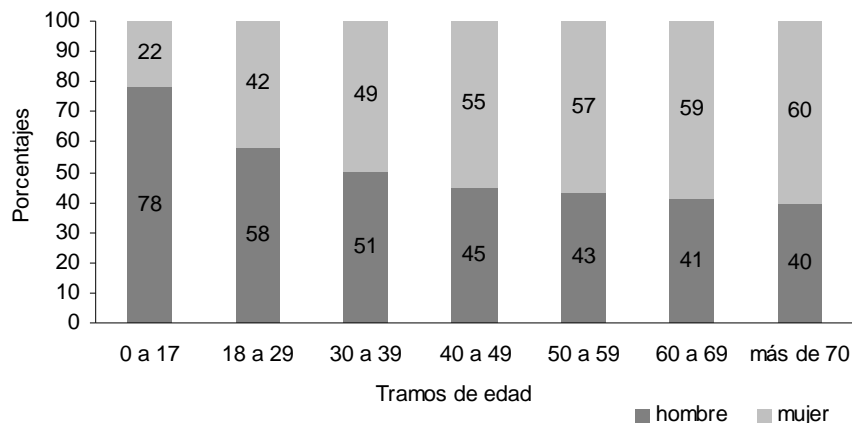
Según los datos de la ECH 2009 del INE, las pensiones por invalidez se distribuyen en forma bastante similar según sexo (48,3% para hombres y 51,7% para mujeres). De todas formas, se

²⁸ 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.

²⁹ Los topes de ingresos para los familiares convivientes con el solicitante son: 3 BPC si es el cónyuge, hijo o hermano casado y padres solos, 2 BPC si 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 40% de la BPC por cada hijo menor. A su vez, en caso de tener a cargo menores o incapacitados de cualquier edad se le sumara un 40% del BPC por cada uno. En caso de no convivir los familiares con el solicitante, los topes de ingresos establecidos serán 8 BPC para el/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 40% de la BPC por cada hijo menor. En enero de 2010, la BPC se ubica en \$2.061.

observa una diferencia significativa según tramos de edad donde la participación de las mujeres aumenta a medida que avanza la edad. (Gráfico 18)

GRÁFICO 18
ESTRUCTURA DE LAS PENSIONES POR INVALIDEZ POR TRAMOS
DE EDAD SEGÚN SEXO. TOTAL DEL PAÍS, 2009.
(En porcentajes)



Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

Es llamativo también que, del total de pensiones por invalidez, los tramos de edad donde estas pensiones tienen mayor significación son en las edades centrales (30 a 49 años) o en el tramo de 60 a 69 años, pero se reduce para las edades de 70 y más. (Cuadro 37)

CUADRO 37
PENSIONES POR INVALIDEZ SEGÚN SEXO Y TRAMOS DE EDAD.
TOTAL DEL PAÍS, 2009. (EN NÚMEROS Y PORCENTAJES)

Tramos de edad	Hombres	Mujeres	Total	Proporción en el total
0 a 17	1 755	---	2 251	5,7
18 a 29	3 558	2 575	6 133	15,6
30 a 39	3 542	3 461	7 004	17,8
40 a 49	3 015	3 645	6 660	16,9
50 a 59	2 538	3 384	5 922	15,1
60 a 69	2 947	4 275	7 222	18,4
70 y más	1 638	2 505	4 143	10,5
Total	18 992	20 342	39 334	100,0

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

En la Encuesta de Discapacidad del año 2004 no se dispone de información desagregada respecto al tipo de pensión. Por lo tanto, el análisis respecto a las personas con discapacidad se pudo realizar considerando si cobra alguna pensión (vejez, invalidez y sobrevivencia).

En Montevideo, cerca del 35% de las personas con discapacidad cobran alguna pensión mientras esa proporción es 41,6% entre las que además requieren de alguna ayuda para realizar las tareas de la vida cotidiana. Según alcaldía, 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. (Cuadro 38)

CUADRO 38
COBERTURA DE LAS PENSIONES A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
SEGÚN ALCALDÍA. MONTEVIDEO, 2004.

Alcaldía	Total de personas con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
A	5953	32.8	3,854	40.7
B	4375	36.2	2,743	42.4
C	5035	38.0	2,912	45.9
CH	5118	38.8	3,658	49.0
D	5792	34.9	3,930	41.9
E	5317	40.9	3,200	46.5
F y G	6099	26.8	3,553	31.5
Total	37688	34.6	23,850	41.6

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Nacional a Personas con Discapacidad Setiembre 2003-Agosto 2004 del INE.

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 ayuda cotidiana donde el porcentaje de cobertura es superior al promedio. (Cuadro 39)

CUADRO 39
COBERTURA DE LAS PENSIONES A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO. MONTEVIDEO, 2004.

Estrato	Total de personas con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
Bajo	4913	23.2	3,274	29.0
Medio-bajo	12134	36.6	8,130	44.9
Medio-alto	12566	36.4	7,111	41.7
Alto	8075	40.2	5,336	49.2
Total	37688	34.6	23,850	41.6

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Nacional a Personas con Discapacidad Setiembre 2003-Agosto 2004 del INE.

En el Interior del país, la cobertura total es similar a la de Montevideo para ambos grupos de personas con discapacidad. A diferencia que en la capital, 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. (Cuadro 40)

CUADRO 40
COBERTURA DE LAS PENSIONES A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO. INTERIOR
(LOC. MAYORES DE 5.000 HAB.), 2004.

Estrato	Total de personas con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
Periferia	6609	31.7	4,621	35.7
Interior Norte	5424	41.6	4,433	48.0
Interior Centro Norte	8785	38.2	6,132	42.3
Interior Centro Sur	10247	38.7	6,199	50.7
Interior Sur	7243	29.7	4,303	39.4
Total	38307	35.5	25,688	42.9

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Nacional a Personas con Discapacidad Setiembre 2003-Agosto 2004 del INE.

En casos de incapacidad parcial 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 hasta 25 años de edad, requieren un mínimo de 6 meses de actividad y los mayores de 25 requieren un mínimo de 2 años de actividad. Esta prestación se servirá 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 alcanza unas 1.343 personas.

En caso que la incapacidad sea total existe la **Jubilación por incapacidad total** 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 debe ser un contribuyente a la seguridad social. Si la incapacidad sobreviene a causa u ocasión de trabajo, no se requiere un mínimo de años, pero sino 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 de actividad. 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.

Las personas con discapacidad cubiertas por algún tipo de jubilación son 45,8% del total. Según franjas etarias se observa que sólo un 13,4% de las personas menores de 65 años tienen alguna jubilación y ese porcentaje se eleva al 66,7% en el caso de las personas entre 65 y 79 años y a 72,7% para aquellas 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 entre los hombres que entre las mujeres. (Cuadro 41)

CUADRO 41
COBERTURA DE LAS JUBILACIONES EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD.
TOTAL DEL PAÍS (LOC. MAYORES DE 5.000 HAB.), 2004.

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 y más	95.6	62.4	72.7
Total	51.3	42.1	45.8

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Nacional a Personas con Discapacidad Setiembre 2003-Agosto 2004 del INE.

Los niveles de cobertura son bastante similares según alcaldía y también entre quienes padecen una discapacidad y aquellos que además de tener discapacidad necesitan ayuda para la vida diaria. (Cuadro 42)

CUADRO 42
COBERTURA DE LAS JUBILACIONES EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD
MAYORES DE 65 AÑOS, SEGÚN ALCALDÍA. MONTEVIDEO, 2004.

Alcaldía	Total de personas mayores con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
A	5,545	67.3	3,115	69.4
B	5,503	69.0	3,274	72.0
C	5,212	69.2	2,709	71.0
CH	6,285	66.9	3,802	67.4
D	5,068	67.7	3,374	67.4
E	5,422	67.8	2,863	61.9
F y G	7,103	70.0	3,970	69.7
Total	40,137	68.3	23,107	68.3

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Nacional a Personas con Discapacidad Setiembre 2003-Agosto 2004 del INE.

Según estrato socioeconómico para Montevideo la diferencia más notoria se da entre el nivel bajo y el alto, siendo la cobertura de las jubilaciones más alta en el estrato bajo que en el alto. (Cuadro 43).

CUADRO 43
COBERTURA DE LAS JUBILACIONES A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
MAYORES DE 65 AÑOS, SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO. MONTEVIDEO, 2004.

Estrato	Total de personas mayores con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
Bajo	5,458	71.4	3,220	72.0
Medio-bajo	11,113	67.2	7,105	68.1
Medio-alto	14,216	69.2	7,582	70.0
Alto	9,350	66.5	5,200	64.3
Total	40,137	68.3	23,107	68.3

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Nacional a Personas con Discapacidad Setiembre 2003-Agosto 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 (69,8% respecto a 66,3%). Esa relación también se verifica según estrato y la cobertura es más reducida para el Interior Norte y Centro Norte que para el Interior Sur; a la inversa de lo que se verificaba con las pensiones. (Cuadro 44).

CUADRO 44
COBERTURA DE LAS JUBILACIONES EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD
MAYORES DE 65 AÑOS, SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO. INTERIOR (LOC. MAYORES
5.000 HAB.), 2004.

Estrato	Total de personas mayores con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
Periferia	7,469	72.7	5,756	71.9
Interior Norte y Centro Norte	9,097	59.7	5,284	53.6
Interior Centro Sur	11,027	73.5	5,099	69.7
Interior Sur	8,303	76.0	4,446	75.6
Total	35,896	69.8	20,586	66.3

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Nacional a Personas con Discapacidad Setiembre 2003-Agosto 2004 del INE.

4. Prestaciones en especie: canastas.

Por un lado, 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 socio-económica sea desfavorable, a través de la entrega mensual de un complemento alimentario. El programa tiene un diseño central y es coejecutado entre el MTSS, el MSP, la ANEP, el INAU 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 por esta patología), otras patologías que invaliden para trabajar. En Montevideo la distribución de las canastas se realiza mensualmente en 5 locales fijos y dos locales móviles que posee el INDA. En el Interior, el enlace con el programa son las Intendencias Departamentales y su distribución se realiza cada dos meses. Acceden al beneficio 6.758 personas.

A su vez, el **Programa Nacional de Complementación Alimentaria para Pensionistas por Vejez e Invalidez** brinda un complemento alimenticio a los ingresos percibidos por las pensiones correspondientes. En caso de no retirar el complemento en un período de tres meses, se pierde el derecho al beneficio. Según datos del INDA para el año 2008 promedialmente 36.313 pensionistas recibieron las canastas.

Según 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 (30-39 y 60-69). (Cuadro 45)

CUADRO 45
COBERTURA DE LAS CANASTAS DE ALIMENTACIÓN EN PERSONAS QUE RECIBEN
LA PENSIÓN POR INVALIDEZ, SEGÚN TRAMOS DE EDAD. TOTAL DEL PAÍS, 2009.

Tramos de edad	En número de personas	En porcentajes
14 a 29	2,826	33.7
30 a 39	2,572	36.7
40 a 49	2,278	34.2
50 a 59	1,877	31.7
60 a 69	2,668	36.9
70 y más	1,264	30.5
Total	13,486	34.3

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

Según área geográfica, la cobertura es muy inferior en Montevideo respecto al Interior. Los estratos del Interior que tienen, a su vez, mayor cobertura son los de menor nivel socioeconómico (Interior Norte, Centro Norte y Centro Sur). (Cuadro 46)

CUADRO 46
COBERTURA DE LAS CANASTAS DE ALIMENTACIÓN
EN PERSONAS QUE RECIBEN LA PENSIÓN POR INVALIDEZ,
SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA Y ESTRATO. TOTAL DEL PAÍS, 2009.

Área geográfica y estrato	En número de personas	En porcentajes
Montevideo	1,928	15.3
Periferia	1,232	33.2
Interior Norte	3,277	46.6
Interior Centro Norte	2,818	51.8
Interior Centro Sur	2,429	54.2
Interior Sur	1,802	29.6
Total	13,486	34.3

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

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

El programa *Deporte para personas discapacitadas* tiene como fin ofrecer la posibilidad de prácticas deportivas a personas discapacitadas mediante la utilización de las plazas de deporte del Ministerio de Turismo y Deporte 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 a través de actividades deportivas la participación y vinculación de las personas con discapacidad con la comunidad, principalmente de niños y jóvenes, con las actividades al aire libre, donde el elemento lúdico recreativo es el insumo principal de la actividad campamental. El programa es coejecutado con el Consejo de Educación Primaria de 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 entre 6 y 45 años de edad. Tampoco se cuenta con información sobre la cantidad de personas beneficiarias.

Servicios Sociales para personas con discapacidad, BPS

El programa se propone procurar la integración social y laboral de las personas con discapacidad, promoviendo una efectiva equiparación de oportunidades y eliminación de barreras arquitectónicas. La unidad receptora del beneficio de este programa son instituciones sin fines de lucro que presten servicios para personas con discapacidad. Para acceder al programa las instituciones deben firmar un convenio de colaboración interinstitucional entre el BPS y la institución sin fines de lucro que brindan servicios sociales a las personas con discapacidad y debe estar inscrita 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 que son las personas con discapacidad.

D. Resumen de la Matriz Estatal de protección social

Ciclo de Vida	Servicios Públicos	Prestaciones Monetarias
Infancia	0 a 3	- Cuidado infantil: 16-28%. - Salud: 45%
	4 a 12	- Preescolar: 74,5% - Primaria: 77% (TC 8%) - Salud: 48,6%
	0 a 12	- Comedores: 25,2% - Canastas: 1,7% - Otros programas de alimentación: 0,3% - Tarjeta Alimentaria: 13,2% (hogares)
Adulto Mayor	65 a 79	- Salud: 41,9% - Jubilación: 63,9% - Pensiones contributivas: 25,2%
	Más de 80	- Salud: 35,7% - Jubilación: 74,7% - Pensión de sobrevivencia: 44,4%
	Más de 65	- Comedores: 0,3% - Canastas: 2,4% - Otros programas de alimentación: 0,2% - Tarjeta Alimentaria: 1,5% (hogares) - Pensión a la vejez: 3,6%
Personas con discapacidad	- Salud: 58,3% - Escuela Especial: 81%	- Jubilaciones: 68% - Pensiones: 42,3% - Asignación Familiar: 13,1% (hogares 2004)

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.

La información provista por el BPS sobre las prestaciones monetarias que brinda, en dicho año, el monto total de las jubilaciones fue 28.222 millones de pesos, las pensiones 9.469 millones de pesos (de las cuales 3.035 millones de pesos son por vejez e invalidez), y Asignaciones Familiares 2.679 millones de pesos.

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

Los servicios de cuidado que brinda el sector privado se componen del servicio doméstico, servicios de guardería, colegios privados, cuidadoras de niños y de ancianos, servicios de compañía en hospital o domicilio, residencias de ancianos.

A. Servicio doméstico

El servicio doméstico es la modalidad de contratación para el cuidado del hogar y sus integrantes más antigua y altamente difundida en América Latina. Las encuestas de hogares no relevaban el consumo de este servicio hasta el año 2006 cuando se empezó a preguntar al hogar si contrata servicio doméstico con frecuencia semanal y la modalidad: por hora, diario o con cama.

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

Dos terceras partes del servicio doméstico es contratado por hora, 28% es diario y una proporción muy reducida es “con cama”. Según estrato socioeconómico para el total del país, 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% de los hogares contratan servicio doméstico y en el estrato medio-alto el 11,6% de los hogares contratan este servicio. En el Interior del país las proporciones son bastante similares según estrato, siendo más reducidos ambos porcentajes para la Periferia. (Cuadro 47)

CUADRO 47
DISTRIBUCIÓN DEL SERVICIO DOMÉSTICO ENTRE
LOS ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS Y PORCENTAJE
AL INTERIOR DEL ESTRATO. TOTAL DEL PAÍS, 2009.

Región/Estratos	Porcentaje en el total del país	Proporción 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	14,0	9,5
Total	100,0	11,0

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

Según modalidad del servicio, es claramente más relevante el servicio diario en el estrato alto de Montevideo, mientras que en los demás estratos de la capital es más significativa la contratación por hora. En el Interior, con excepción de la Periferia es más importante en términos relativos la modalidad diaria. (Cuadro 48)

CUADRO 48
DISTRIBUCIÓN DEL SERVICIO DOMÉSTICO ENTRE
LOS ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS SEGÚN MODALIDAD.
TOTAL DEL PAÍS, 2009.

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	14,3	13,8
Total	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

En las encuestas de gastos e ingresos también se releva el consumo de servicio doméstico y, en la ENIGH 2005-06, 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 de 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 sin cama, 1,3% con cama y 1,4% contrata cuidadores de adultos.

B. Guarderías y jardines privados (0-3 años)

Para los-as niños-as de 0 a 3 años el sector brinda una oferta variada de servicios. La ECH 2009 recoge el dato respecto a 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 llegando a casi el 50% y se mantiene elevada en las demás alcaldías que pertenecen al estrato alto o medio-alto: la alcaldía E (35,3%), en la B (37%) y C (34,2%). (Cuadro 49)

CUADRO 49
COBERTURA DE SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL PRIVADOS POR ALCALDÍA. MONTEVIDEO, 2009.

Alcaldía	En número de personas	En porcentaje
A	2,144	12.4
B	2,439	37.0
C	3,269	34.2
CH	3,699	47.8
D	2,420	13.7
E	3,833	35.3
F	1,668	14.9
G	2,117	19.9
Total	21,589	23.6

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

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

CUADRO 50
COBERTURA DE SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL PRIVADOS POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO. MONTEVIDEO, 2009.

Estrato	En número de personas	En porcentaje
Bajo	2,051	7.5
Medio-bajo	4,863	18.5
Medio-alto	7,987	33.2
Alto	6,688	47.9
Total	21,589	23.6

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

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

**CUADRO 51
COBERTURA DE SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL PRIVADOS
POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO. INTERIOR, 2009.**

Estrato	En número de personas	En porcentaje
Periferia	4418	17.9
Interior Norte	2984	10.3
Interior Centro Norte	2176	8.9
Interior Centro Sur	1427	6.7
Interior Sur	4309	12.7
Total	15314	11.5

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

C. Cobertura del nivel Preescolar y Primaria del sector privado (4-12 años).

La cobertura de preescolar privado tanto en Montevideo como en el Interior es más alta que la primaria en instituciones privadas. Según alcaldía, en Montevideo tanto preescolar como primaria es significativamente más alta en aquellas de mayor nivel socioeconómico (las alcaldías CH, E, B y C). (Cuadro 52)

**CUADRO 52
COBERTURA DE LA EDUCACIÓN PREESCOLAR Y PRIMARIA DEL SECTOR PRIVADO POR ALCALDÍA. MONTEVIDEO, 2009.**

Alcaldía	Preescolar		Primaria	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
A	1215	16.8	2,706	10.3
B	1354	52.2	2,842	39.7
C	1867	50.6	4,992	35.8
CH	2251	75.5	6,077	59.8
D	1528	23.6	3,194	12.6
E	2625	55.8	6,385	38.9
F	1371	28.9	2,222	12.3
G	1426	31.8	3,087	18.3
Total	13637	36.9	31,504	23.5

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

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

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

CUADRO 53
COBERTURA DE LA EDUCACIÓN PREESCOLAR Y PRIMARIA
DEL SECTOR PRIVADO POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO. MONTEVIDEO, 2009.

Estrato	Preescolar		Primaria	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
Bajo	1,907	17.7	3768	9.4
Medio-bajo	2,972	27.6	6169	15.0
Medio-alto	4,328	45.8	9529	30.3
Alto	4,918	82.6	12993	59.5
Total	14,125	38.2	32460	24.2

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

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

En el Interior, la cobertura del sector privado es más reducida tanto para el nivel preescolar como para primaria. Probablemente influya el hecho de que haya una menor oferta, así como la menor actividad laboral femenina y las distintas jornadas laborales en sectores como el comercio y la administración pública. (Cuadro 54)

CUADRO 54
COBERTURA DE LA EDUCACIÓN PREESCOLAR Y PRIMARIA
DEL SECTOR PRIVADO POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO. INTERIOR, 2009.

Estrato	Preescolar		Primaria	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
Periferia	3,850	33.9	8598	19.4
Interior Norte			1840	3.6
Interior Centro Norte	2,542	7.9	2739	5.9
Interior Centro Sur			2469	6.6
Interior Sur	2,314	14.7	4378	7.9
Total	8,705	14.6	20024	8.5

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

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

También existen *Escuelas Especiales* para niños-as con discapacidad del sector privado cuya cobertura es bastante reducida, 1.300 niños-as en el año 2009, lo cual no permite ningún tipo de desagregación. Esa cobertura representa el 14,4% de los-as niños-as que en el año 2009 asistían a una escuela o clase especial.

D. Servicios privados de Salud.

1. Cobertura de salud privada para niños de 0 a 12 años.

Cerca del 90% de la cobertura privada de salud de los-as niños-as de 0 a 12 años de edad la proveen las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Desde la reforma del sistema de salud, los hijos de trabajadores-as que aportan a la seguridad social tienen derecho a esta cobertura médica. Un 6% accede a través del pago de la cuota mutual y un 4% restante tiene cobertura a través de seguros médicos privados.

En Montevideo la cobertura del sector privado es 62% del total de niños-as de 0 a 12 años. El nivel de cobertura es muy similar para ambos tramos de edad (0 a 3 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, es 95-93% para la alcaldía CH, 82-83% para la E, y tiene niveles similares entre 78 y 85% para las alcaldías B y C. De todas formas, en las alcaldías de estratos más bajos como la A y D los niveles de cobertura del sector privado se ubican en 46-50%. (Cuadro 55)

CUADRO 55
COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS
PARA NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS SEGÚN ALCALDÍA. MONTEVIDEO, 2009.

Alcaldía	0 a 3 años		4 a 12 años	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
A	6,014	46.0	16,794	50.0
B	4,239	85.3	8,361	85.7
C	5,970	83.0	13,816	78.3
CH	5,570	95.5	12,258	93.2
D	6,055	45.6	14,858	46.8
E	6,676	81.8	17,532	83.0
F	3,787	44.8	11,023	48.2
G	4,151	51.8	12,147	56.9
Total	42,461	61.6	106,789	62.3

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

Según estrato socioeconómico se verifica claramente esa relación con una cobertura en el estrato bajo de 38-40% y en el alto de 93-96%, sin una clara diferenciación por tramos de edad. (Cuadro 56)

CUADRO 56
COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS
PARA NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS SEGÚN ESTRATO
SOCIOECONÓMICO. MONTEVIDEO, 2009.

Estrato	0 a 3 años		4 a 12 años	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
Bajo	7835	38.2	20643	40.7
Medio-bajo	10550	53.3	29820	57.4
Medio-alto	14006	77.2	30475	74.6
Alto	10070	95.8	25851	93.0
Total	42461	61.6	106789	62.3

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

En el Interior la cobertura del sector privado es algo inferior que en Montevideo (50-56% respecto a 62%). Tampoco hay grandes diferencias por tramos de edad, excepto en el Interior Centro Norte y el Interior Sur donde son algo más significativas siendo superior la cobertura privada de 0 a 3 años respecto a la franja de 4 a 12 años de edad. La cobertura privada es más elevada, a su vez, en la Periferia y el Interior Sur. (Cuadro 57)

CUADRO 57
COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS
PARA NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS SEGÚN ESTRATO
SOCIOECONÓMICO. INTERIOR, 2009.

Estrato	0 a 3 años		4 a 12 años	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
Periferia	11,427	61.5	33,700	60.4
Interior Norte	9,256	42.3	24,018	38.0
Interior Centro Norte	9,345	51.0	23,104	40.0
Interior Centro Sur	8,447	52.7	22,871	48.5
Interior Sur	17,943	70.0	45,529	63.8
Total	56,418	56.2	149,222	50.5

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

Hay una mayor contratación adicional de servicios de emergencia móvil en Montevideo y en la primera infancia (0-3 años). En Montevideo es significativamente elevada en el estrato alto y medio-alto para ese tramo de edad (62% y 53% 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 (26,7% en 0-3 años y 9% en 4-12 años). (Cuadro 58)

CUADRO 58
COBERTURA DE SERVICIOS DE EMERGENCIA MÓVIL
EN NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS SEGÚN ESTRATO
SOCIOECONÓMICO. TOTAL DEL PAÍS, 2009.

Estrato	0 a 3 años		4 a 12 años	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
Bajo	4500	21.9	3659	7.2
Medio-bajo	6935	35.0	6971	13.4
Medio-alto	9621	53.1	8987	22.0
Alto	6521	62.0	8419	30.3
<i>TOTAL Montevideo</i>	<i>27578</i>	<i>40.0</i>	<i>28036</i>	<i>16.4</i>
Periferia	4949	26.7	5006	9.0
Interior Norte	2943	13.5	3175	5.0
Interior Centro Norte y Centro Sur	2978	8.7	4169	4.0
Interior Sur	4910	19.2	4605	6.5
<i>TOTAL Interior</i>	<i>15780</i>	<i>15.7</i>	<i>16956</i>	<i>5.7</i>
TOTAL	43357	25.6	44991	9.6

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

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

En el caso de los adultos mayores de 65 años la cobertura privada de salud es casi en su totalidad provista por las IAMC pero a través de la contratación particular del servicio. Recién a partir del año 2008 empiezan a integrarse los-as jubilados-as al sistema FONASA. Hasta ese momento sólo tenían derecho a la cobertura privada a través del BPS los jubilados de bajos recursos, quienes aún mantienen ese beneficio.

La cobertura privada en Montevideo es significativamente superior al Interior (70-79% frente a 50-54%). 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 cobertura entre 87 y 90%, mientras que en la alcaldía G (estrato medio-alto y medio-bajo) la cobertura es 76% y en A, D y F que son de estrato bajo y medio-bajo la cobertura privada es entre 60 y 64%. Entre los adultos de 65 a 79 años de edad la cobertura privada es muy alta en la alcaldía CH 91%, algo inferior en B, C y E entorno al 80% y claramente menor en A, D y F (entre 53 y 57%) y G (64%). (Cuadro 59)

CUADRO 59
COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS
PARA ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS SEGÚN ALCALDÍA. MONTEVIDEO, 2009.

Alcaldía	65 a 79 años		80 años y más	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
A	13,090	57.0	4,370	59.9
B	13,172	81.9	6,641	87.5
C	17,260	77.2	8,764	86.6
CH	19,955	91.4	8,631	90.9
D	10,726	53.3	4,205	64.3
E	18,504	81.3	7,436	87.3
F	7,190	54.4	2,497	60.5
G	11,372	64.2	4,276	75.6
Total	111,269	70.9	46,819	78.9

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 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. (Cuadro 60)

CUADRO 60
COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS
PARA ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS SEGÚN ESTRATO
SOCIOECONÓMICO. MONTEVIDEO, 2009.

Estrato	65 a 79 años		80 años y más	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
Bajo	9847	44.1	3383	54.1
Medio-bajo	24801	60.1	10053	67.6
Medio-alto	40055	75.2	17818	83.0
Alto	36566	91.1	15565	92.9
Total	111269	70.9	46819	78.9

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

En el Interior del país, la cobertura más elevada del sector privado se registra en el Interior Sur (62-67%) y la Periferia (54-61%), y la cobertura más baja se presenta en el Interior Centro Norte (40-43%) e Interior Norte (42-47%). (Cuadro 61)

CUADRO 61
COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS
PARA ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS SEGÚN ESTRATO
SOCIOECONÓMICO. INTERIOR, 2009.

Estrato	65 a 79 años		80 años y más	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
Periferia	16138	54.0	5322	60.6
Interior Norte	17243	41.6	4954	46.9
Interior Centro Norte	15387	40.3	5097	42.6
Interior Centro Sur	18672	48.5	5621	48.2
Interior Sur	39581	62.5	12770	67.0
Total	107021	50.6	33763	54.4

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

Por su parte, la cobertura de los servicios de emergencia móvil, contratados en forma particular, es también significativamente 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 significativamente más elevada en la Periferia (43-51%) y más reducida en el Interior Centro Sur (7-15%). (Cuadro 62)

CUADRO 62
COBERTURA DE SERVICIOS DE EMERGENCIA MÓVIL
EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS SEGÚN ESTRATO
SOCIOECONÓMICO. TOTAL DEL PAÍS, 2009.

Estrato	65 a 79 años		80 años y más	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
Bajo	8712	39.0	3630	58.1
Medio-bajo	21628	52.4	9486	63.8
Medio-alto	32966	61.9	14898	69.4
Alto	25202	62.8	11991	71.6
<i>TOTAL Montevideo</i>	<i>88508</i>	<i>56.4</i>	<i>40004</i>	<i>67.4</i>
Periferia	12731	42.6	4453	50.7
Interior Norte	7150	17.2	3530	33.4
Interior Centro Norte	7895	20.7	3977	33.2
Interior Centro Sur	2652	6.9	1721	14.8
Interior Sur	15329	24.2	7014	36.8
<i>TOTAL Interior</i>	<i>45757</i>	<i>21.6</i>	<i>20695</i>	<i>33.4</i>
TOTAL	134265	36.4	60699	50.0

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

3. Cobertura de salud privada en personas con discapacidad.

La cobertura de los servicios privados de salud para las personas con alguna discapacidad evidencia diferencias importantes entre Montevideo y el Interior, siendo los primeros los que presentan una cobertura más amplia (56-55% contra 28% del Interior). A su vez, en Montevideo según alcaldías las que presentan mayor cobertura de servicios de salud privada son las de mayor nivel socioeconómico (B, C, CH y E), y ésta es aún mayor para quienes requieren ayuda diaria.

CUADRO 63
COBERTURA DE SALUD PRIVADA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD
SEGÚN ALCALDÍAS. MONTEVIDEO, 2004.
(En número y porcentajes)

Alcaldía	Total de personas con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda diaria	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
A	6,763	37.3	2,940	31.0
B	9,001	74.4	4,889	75.6
C	9,075	68.6	4,389	69.2
CH	10,955	83.1	6,273	84.0
D	6,582	39.6	3,570	38.0
E	8,799	67.7	4,984	72.4
G y F	10,230	45.0	4,695	41.6
Total	61,405	56.3	31,739	55.4

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Nacional a Personas con Discapacidad Setiembre 2003-Agosto 2004 del INE.

Según estrato socioeconómico, se observa efectivamente que en los estratos bajo y medio-bajo la cobertura es entorno a 40% y aumenta significativamente en los siguientes estratos. (Cuadro 64)

CUADRO 64
COBERTURA DE SALUD PRIVADA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD
SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO. MONTEVIDEO, 2004.
(En número y porcentajes)

Estrato	Total de personas con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda diaria	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
Bajo y Medio-bajo	22 671	41.7	11 443	38.9
Medio-alto	21 723	62.9	10 982	64.4
Alto	17 011	84.6	9 314	85.8
Total	61 405	56.3	31 739	55.4

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Nacional a Personas con Discapacidad Setiembre 2003-Agosto 2004 del INE.

En el Interior del país, la región con mayor cobertura de salud privada es el Interior Sur (37-41%), que posee mayor situación económica y el nivel más bajo se registra en el Interior Norte y Centro-Norte (20%). (Cuadro 65).

CUADRO 65
COBERTURA DE SALUD PRIVADA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD
SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO. INTERIOR (LOC MAYORES 5.000 HAB), 2004.
(En número y porcentajes)

Estrato	Total de personas con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda diaria	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
Periferia	5,825	27.9	4,217	32.5
Interior Norte Centro-Norte	7,129	19.8	4,624	19.5
Interior Centro Sur	8,476	32.0	3,574	29.2
Interior Sur	9,121	37.4	4,499	41.2
Total	30,551	28.4	16,914	28.3

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Nacional a Personas con Discapacidad Setiembre 2003-Agosto 2004 del INE.

La contratación de servicios de emergencia móvil es alrededor de 38-40% y creciente con la edad: se ubica por encima de 60% en las personas mayores de 80 años y apenas supera el 10% en los-as niños-as y adolescentes. La cobertura es bastante similar tanto en las personas con discapacidad como en aquellas que requieren de ayuda cotidiana. (Cuadro 66)

CUADRO 66
COBERTURA DE EMERGENCIA MÓVIL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD
SEGÚN TRAMOS DE EDAD. TOTAL DEL PAÍS, 2004.

Tramos de edad	Total de personas con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda diaria	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
0 a 17	3,175	13.1	2237	12.2
18 a 64	19,476	23.6	8623	25.5
65 a 79	31,852	47.6	17013	48.6
80 años y más	26,921	62.2	19395	64.9
Total	81,424	37.6	47267	40.3

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Nacional a Personas con Discapacidad Setiembre 2003-Agosto 2004 del INE.

En Montevideo la cobertura de los servicios de emergencia móvil es bastante superior al Interior del país (55-58% frente a 20-24%). 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 35% y 39%, y en F y G (del estrato medio-bajo) se ubican entre 40% y 44%. (Cuadro 67)

CUADRO 67
COBERTURA DE EMERGENCIA MÓVIL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD
SEGÚN ALCALDÍA. MONTEVIDEO, 2004.

Alcaldía	Total de personas con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda diaria	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
A	7081	39.1	3615	38.2
B	9017	74.5	4955	76.6
C	8568	64.7	4592	72.4
CH	11030	83.7	6668	89.3
D	5858	35.3	3588	38.2
E	8678	66.7	5000	72.6
F	4649	41.0	2313	40.4
G	4868	42.6	2468	44.4
Total	59748	54.8	33199	57.9

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Nacional a Personas con Discapacidad Setiembre 2003-Agosto 2004 del INE.

En el Cuadro 68 se observa 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 entorno al 24-26%.

CUADRO 68
COBERTURA DE EMERGENCIA MÓVIL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD
SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO. MONTEVIDEO, 2004.

Estrato	Total de personas con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
Bajo	5459	25.8	2673	23.7
Medio-bajo	16527	49.8	9369	51.7
Medio-alto	21517	62.3	11770	69.1
Alto	16245	80.8	9387	86.5
Total	59,748	54.8	33,199	57.9

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Nacional a Personas con Discapacidad Setiembre 2003-Agosto 2004 del INE.

En el Interior del país, el nivel de cobertura más elevado se registra en la Periferia con 27,6% para personas con discapacidad y 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 22-25% 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 requieren de ayuda diaria. (Cuadro 69)

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

Estrato	Total de personas con discapacidad		Con discapacidad y necesidad de ayuda	
	En número de personas	En porcentaje	En número de personas	En porcentaje
Periferia	5770	27.6	4554	35.1
Interior Norte y Centro Norte	6657	18.5	4469	18.8
Interior Centro Sur	3856	14.6	2260	18.5
Interior Sur	5392	22.1	2785	25.5
Total	21676	20.1	14,068	23.5

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Nacional a Personas con Discapacidad Setiembre 2003-Agosto 2004 del INE.

4. Los hogares de ancianos o casas de salud.

No se dispone de información precisa sobre la cantidad de personas que residen en hogares de ancianos o casas de salud. Según Eugenia De Marco (2005³⁰), entre 5% y 7% de los adultos mayores se encuentran alojados en instituciones de larga estancia, lo que implica unas 25.000 personas. El 90% de esta población se encuentra en el sector privado con fines de lucro y 10% en instituciones no lucrativas públicas y privadas. Según Huenchuan y Paredes (2006), en base al conteo censal de 2004 el número de personas mayores que residía en hogares colectivos (casas de salud) era algo superior a 13.000. 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.

El Ministerio de Salud Pública es el encargado de reglamentar la provisión de servicios de alojamiento privado para adultos mayores. Dicha reglamentación establece 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 ley 17.066 de 1999 y decreto 320/999). Para esos efectos se crea una Comisión Honoraria que funciona en la órbita del Ministerio de Salud Pública, y que está integrada por cinco miembros, uno del MSP, otro de la Facultad de Medicina (médico con posgrado en geriatría y gerontología), uno del BPS, 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 el control de las mismas. Según Pugliese (2007), la forma de detectar residencias que no cumplen con las condiciones legalmente requeridas, o que en alguna medida abusan de los residentes, es fundamentalmente en base a denuncias de familiares, vecinos, emergencias médicas u hospitales. A setiembre de 2006, se habían detectado 1.200 residencias (800 en Montevideo y 400 en el Interior del país). Éstas ofrecen a adultos mayores alojamiento permanente, alimentación y otros servicios que varían en función de la categoría de la institución, y se financian mediante un pago mensual del residente o su familia. Existen muy pocos centros diurnos gestionados por ONG's y comunidades religiosas: uno en Florida y dos en Montevideo (Pugliese, 2007).

³⁰ Citada en Pugliese (2007).

E. 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, o sea, 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”.

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 el servicio doméstico, 44 horas semanales en promedio, con un ingreso promedio de 37 pesos la hora. El 64% de estas mujeres es mayor de 44 años, hay un 15% que son mayores de 65 años. El nivel educativo es bajo, 47,4% tienen primaria y 33,2% secundaria incompleta.

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 sobre “Salud, Bienestar y Envejecimiento” (SABE)³¹ aplicada a Montevideo en el año 2000. Según dicha encuesta, el 23,6% de la población mayor de 60 años de la capital de país contrataba esos servicios. Se evidenció una diferencia notoria de contratación del servicio por sexo: el 18,2% de los hombres frente al 26,5% de las mujeres (Aguirre et al, 2006). Probablemente ello responda al hecho de que los hombres tienen en general una mujer que los cuida, mientras las mujeres viven más tiempo y quedan solas.

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

Según la encuesta de gastos e ingresos (ENIGH 2005-06) cerca del 11% de los hogares contratan servicio de acompañante (unos 118.800 hogares). El 55% de esos hogares son de la capital del país. En el estrato alto y medio-alto la cobertura es del 20%.

³¹ Esta encuesta fue promovida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para ser aplicada en las principales ciudades de Argentina, Barbados, Brasil, Cuba, México, Chile y Uruguay, y contó con el apoyo financiero de OPS, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Ministerio de Salud Pública (MSP) en Uruguay.

CUADRO 70
COBERTURA DE SERVICIOS DE ACOMPAÑANTE
SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO. MONTEVIDEO, 2005-2006.

Estrato	En número de hogares	En porcentajes
Bajo y Medio-bajo	16,463	7.9
Medio-alto	26,357	17.5
Alto	21,967	19.8
Total	64,787	13.8

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

El gran déficit del Estado respecto a estos servicios de acompañamiento es su regulación y control. Actualmente, no existe ningún tipo de regulación ni control sobre los servicios que brindan, ni respecto a las condiciones laborales en que brindan esos servicios. El Ministerio de Salud Pública considera que sólo le compete regular aquellos servicios que brindan atención en salud como los servicios de enfermería.

F. Resumen del componente privado del sistema de cuidados

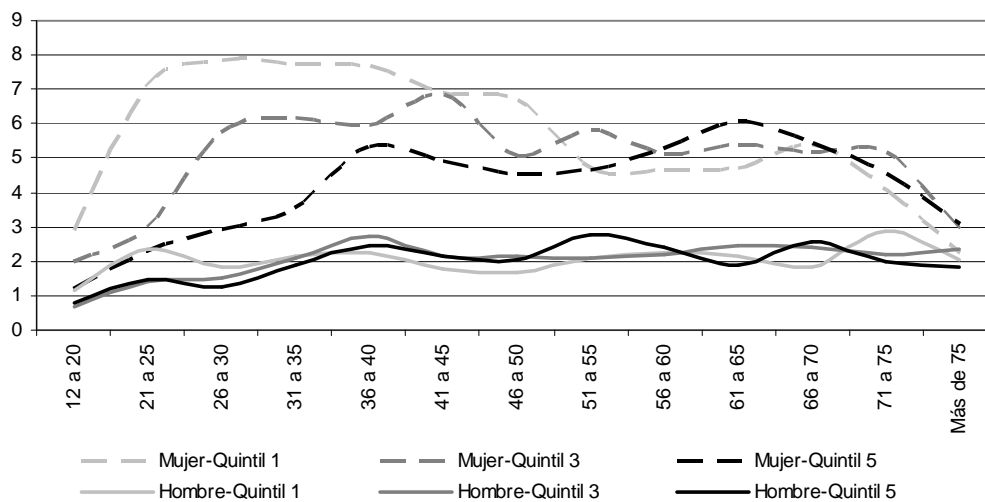
Ciclo de Vida		Servicios Privados
		- Servicio doméstico: 11% (hogares)
Infancia	0 a 3	- Cuidado Infantil: 16,4%
		- Salud: 56,4%
	4 a 12	- Emergencia móvil: 25,6%
		- Preescolar: 28,9%
Adulto Mayor	65 a 79	- Primaria: 13,8%
		- Salud: 53,3%
	Más de 80	- Emergencia móvil: 9,6%
Personas con discapacidad y necesidad de ayuda		- Salud: 59,3%
		- Emergencia móvil: 36,4%
		- Salud: 66,4%
		- Emergencia móvil: 50,0%
		- Salud: 41,5%
		- Emergencia móvil: 40,3%

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

Las familias son las principales proveedoras de cuidado en el hogar tanto en la realización de las tareas domésticas como en el cuidado de los-as niños-as, adultos y enfermos. Al interior de las familias, históricamente han sido las mujeres las que deben afrontar la mayor carga de cuidado sean madres, hijas o abuelas.

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 sólo destinan más tiempo durante toda su vida sino que hay períodos que se ven afectados por la mayor demanda de cuidados, mientras los hombres no verifican el mismo comportamiento. (Gráfico 19)

GRÁFICO 19
PROMEDIO DE HORAS DIARIAS DE TRABAJO NO REMUNERADO
SEGÚN SEXO, EDAD Y QUINTIL DE INGRESOS PER CÁPITA DEL HOGAR.
TOTAL DEL PAÍS, SETIEMBRE DE 2007.
(Horas promedio diarias)



Fuente: elaboración propia en base a los microdatos del Módulo sobre Uso del Tiempo y Trabajo No Remunerado de la ECH-Setiembre de 2007.

En el cuidado de los-as niños-as y, en particular, de los más chiquitos (0 a 3 años) que es el que requiere más tiempo en términos relativos 39,4 horas semanales, las mujeres realizan el 60% de las tareas y sus parejas entre 15-20%. A su vez, según el análisis realizado por Batthyány (2009) las tareas que realizan 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, 2009:108).

El trabajo de Salvador (2009) muestra que las brechas más importantes en TNR entre hombres y mujeres se dan en los dos extremos de los estratos sociales: en sectores de menores ingresos que deben optar por el trabajo remunerado de uno de sus miembros y el no remunerado del otro, y en sectores de altos ingresos donde la alta dedicación del hombre al TR y el hecho de contratar servicio doméstico con frecuencia diaria lleva a una ampliación de la diferencia respecto a los estratos medios. Los sectores medios evidencian la menor brecha del TNR entre hombre y mujer, aunque sigue siendo significativa, y una muy alta carga global de trabajo (la suma de TNR y TR).

Ese trabajo 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 y encuentra que efectivamente los hogares de bajos ingresos tienen una dependencia mayor del sistema público de cuidados. En el caso del cuidado infantil ello incluye el acceso a los servicios de cuidado infantil 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 (no acceden en gran medida al servicio doméstico con frecuencia semanal) los hogares de ingresos medios-altos y altos (cuarto y quinto quintil), se accede casi exclusivamente a servicios del sector privado, y contratan servicio doméstico semanal por hora o diario.

Courtoisie, de León y Dodel (2010) investigan las estrategias de cuidado para niños/as de 0-2 años en hogares montevideanos de estratos socioeconómicos medios y encuentran tres tipos de configuraciones en la división de tareas de las parejas entrevistadas, donde el reparto de tareas y responsabilidades era mayor cuando los hombres tenían interés y disposición para ello que manifestaban su anhelo de ser padres y los beneficios afectivos que ello les traía, más allá de las limitaciones que impone. Luego, hogares con clara predominancia femenina en el mundo doméstico, aún cuando ambos son profesionales y dedican una carga similar de horas al trabajo remunerado. Por último, los casos donde la mujer es la actora principal en las tareas de cuidado y domésticas, pero la participación del hombre es considerablemente mayor tanto en la planificación como en la realización. Para estos hogares el único beneficio que han 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) y encuentra que mayormente los llevan a una guardería o jardín, al menos en parte del horario laboral, pero que también es importante la permanencia del niño/a en la casa, al cuidado de personal doméstico. En general, esta estrategia la adoptan quienes cuentan con servicio doméstico diario. En menor proporción recurren a dejarlos en casa de un familiar o una vecina. En algunos casos y cuando cuentan con los recursos económicos suficientes optan por combinar la concurrencia durante algunas horas al jardín y luego el cuidado en el hogar a través 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 para el año 2006 que la tasa de actividad de las mujeres si tienen hijos entre 0 y 3 años y asiste a institución educativa es 78% y, si no asiste, es 58%. Salvador (2007), para el período 1990-2005, analiza la evolución de la inserción laboral femenina de hogares biparentales con niños/as entre 0 y 5 años de edad y encuentra que en el primer quintil de

ingresos, sólo 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/as (algo superior a los del primer quintil) no asisten a centro educativo, en el tercer quintil de ingresos, el 75% están ocupadas y el 25% de sus niños/as asisten a servicios del sector privado.

Por su parte, en Salvador (2009) se evidencia que en los hogares bajos ingresos, que dependen de servicios y prestaciones del sector público, la división sexual del trabajo es mayor, predominan los hogares donde rige el “modelo de proveedor tradicional” (hombre ocupado – 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 dificultando la conciliación y la división de tareas en el hogar. En los hogares con niños con discapacidad que son mayoritariamente de bajos ingresos, la dedicación al trabajo remunerado es reducida para los hombres, y predomina el “modelo proveedor tradicional” o “proveedor 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 está más concentrado en Montevideo que es donde hay una mayor participación laboral de las mujeres de estos estratos de ingreso. En los hogares de ingresos medios-altos y altos, se conjuga la pauta de inserción laboral más “igualitaria” o de “doble carrera”, con la pauta “tradicional” que determina una mayor carga de TNR en las mujeres.

En relación al 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 30 y 59 años de edad. El tiempo promedio que destinan a estas tareas de cuidado es 14,2 horas semanales. En 54,9% de los casos son personas ocupadas o desocupadas y sólo 16,7% declaran ocuparse exclusivamente de los quehaceres del hogar. (Batthyány, 2009)

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

Batthyány *et al* (2007) investiga 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 cuida al adulto mayor en una relación de intercambio de cuidados (hogares trigeracionales donde el adulto mayor cuidado 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. Consiste en un apoyo no estructurado para atender algunas necesidades como el pago de cuentas, realización de mandados, recreación, etc.
- El auto-cuidado del adulto mayor y apoyo de las redes de pares.
- Los adultos mayores independientes que viven en hogares unipersonales y manifiestan no tener necesidad de cuidados. No se perciben a si mismos como sujetos de cuidado.

Rodríguez y Rossel (2009) plantean que las necesidades de cuidado en la vejez son cubiertas esencialmente a través de 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. Identifican como un grupo vulnerable los adultos mayores que viven solos y poseen 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 los mismos. Otra dificultad es la escasez de ingresos para las mujeres que no realizaron los aportes correspondientes a la seguridad social (porque no trabajaron o porque tuvieron una inserción laboral intermitente).

A. 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. Ello 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: uno para analizar las características de las personas y los hogares de quienes realizan los quehaceres domésticos, otro para quienes declaran realizar cuidado infantil y un tercer modelo para quienes realizan cuidado a dependientes. El propósito, además de identificar las características de las personas y los hogares de quienes realizan cada uno de estos tipos de cuidados, fue identificar el vínculo entre el tiempo destinado a estos cuidados y el acceso a servicios o prestaciones.

Los resultados de la regresión referida al tiempo de trabajo no remunerado dedicado a los quehaceres domésticos muestra que quienes dedican menos tiempo a este trabajo son efectivamente los hombres, quienes trabajan a tiempo completo y quienes poseen servicio doméstico diario en el hogar. Por su parte, las/os cónyuges son quienes tienen una carga superior de este trabajo. 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 impacto negativo en esa carga de TNR. La presencia de niños entre 0 y 12 años aumenta la carga de TNR dedicada a quehaceres domésticos. A su vez, esta carga de TNR es mayor en los hogares monoparentales. (Cuadro 71)

CUADRO 71
RESULTADO DE LA REGRESIÓN TOBIT DEL
TIEMPO DE TRABAJO NO REMUNERADO
DEDICADO A LOS QUEHACERES DOMÉSTICOS.
TOTAL DEL PAIS, SETIEMBRE DE 2007.

TNR Quehaceres domésticos	Coef.	Sig.	Std. Err.	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
Menores de 0 a 12 años	0.19	***	0.07	2.76
Quintil2	0.17	**	0.08	2.03
Quintil3	0.30	***	0.09	3.52
Quintil4	0.37	***	0.10	3.84
Quintil5	0.41	***	0.12	3.36
Serv. doméstico diario	-1.20	***	0.14	-8.42
Serv. 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	

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

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos del Módulo sobre Uso del Tiempo y Trabajo No Remunerado de la ECH-Setiembre de 2007.

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 entre 0 y 3 años de edad que para aquellos con niños entre 4 y 12 años. La concurrencia a guardería pública no es significativa 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 estos servicios. En este caso el quintil más alto de ingresos (quintil 5) determina una menor carga de cuidado infantil en relación al quintil más bajo. Nuevamente el hecho de estar ocupado y más aún si la ocupación es a tiempo completo determina una menor dedicación a este cuidado. (Cuadro 72)

CUADRO 72
RESULTADO DE LA REGRESIÓN TOBIT DEL
TIEMPO DE TRABAJO NO REMUNERADO
DEDICADO AL CUIDADO INFANTIL.
TOTAL DEL PAIS, SETIEMBRE DE 2007.

Cuidado infantil	Coef.	Sig.	Std. Err.	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
Quintil2	0.32	***	0.11	2.89
Quintil3	0.26	**	0.12	2.09
Quintil4	-0.07		0.13	-0.54
Quintil5	-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
Preescolar y primaria privada	0.70	***	0.14	5
Constante	-4.29	***	0.35	-12.35
Sigma	2.37		0.08	

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

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos del Módulo sobre Uso del Tiempo y Trabajo No Remunerado de la ECH-Setiembre de 2007.

En el Cuadro 73 se presentan los resultados de la regresión Tobit cuando se analiza el tiempo de trabajo no remunerado dedicado al cuidado a dependientes. En este caso se agregó una relación de parentesco no considerada en los modelos anteriores que considera si la persona que brinda el cuidado es hijo o hija que da positiva. La variable sexo muestra que los hombres dedican menos tiempo a este tipo de cuidado 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 a dependientes. Sigue siendo significativa la variable que identifica el ingreso personal de la persona que brinda este tipo de cuidados. La edad del adulto mayor es significativa ya que el tiempo destinado a estos cuidados aumenta cuando el adulto es mayor de 80 años de edad, y también cuando el hogar percibe alguna pensión por invalidez lo que indica que existe alguna persona con discapacidad.

CUADRO 73
RESULTADO DE LA REGRESIÓN TOBIT DEL
TIEMPO DE TRABAJO NO REMUNERADO
DEDICADO AL CUIDADO A DEPENDIENTES.
TOTAL DEL PAIS, SETIEMBRE DE 2007.

Cuidado a dependientes	Coef.	Sig.	Std. Err.	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
Quintil2	-0.55		0.42	-1.3
Quintil3	-0.74	**	0.43	-1.69
Quintil4	-0.42		0.50	-0.84
Quintil5	-0.65		0.70	-0.92
Serv. doméstico diario	-0.09		0.78	-0.12
Serv. 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 dep. remunerada	4.53	***	0.79	5.77
Ayuda a dep. 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	

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

Las franjas de las prestaciones monetarias se diferenciaron entre aquellas menores a 2986 pesos, entre 2987 y 4680, entre 4681 y 8750 y mayores de 8751 pesos uruguayos.

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos del Módulo sobre Uso del Tiempo y Trabajo No Remunerado de la ECH-Setiembre de 2007.

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

Cuidado infantil - Montevideo											
Alcaldías	Salud		Educación Inicial		Educación Preescolar		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		Educación Inicial		Educación Preescolar		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
Cuidado infantil - Interior											
Estratos	Salud		Educación Inicial		Educación Preescolar		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
Norte	64.5	36.2	20.6	10.3	91.2	6.1	87.7	3.6	40.2	23.5	76.5
Centro Norte	61.6	39.8	26.9	8.9	85.8	8.9	84.5	5.9	32.1	18.7	74.6
Centro Sur	53	48.5	19.3	6.7	90.9	8.9	81.5	6.6	29.2	14.4	73.3
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	75	23.4	82.1	8.4	28.9	15.3	70.5

Adultos mayores - Montevideo

Alcaldías	Salud		Jubilaciones	Pensiones de sobrevivencia (para mujeres)
	Pública	Privada		
A	43.6	57.7	31.7	51.2
B	18.8	83.7	37.5	50.9
C	21.2	80.1	37.8	51.3
CH	11.7	91.3	33.4	50.9
D	43.2	56	38.6	48.2
E	20.7	82.9	35.3	51.1
F	44.3	55.8	36.5	48.4
G	34.5	67	33.6	50.2
Total	28.6	73.1	35.5	50.4

Estratos	Salud		Jubilaciones	Pensiones de sobrevivencia (para 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

Adultos mayores - Interior

Estratos	Salud		Jubilaciones	Pensiones de sobrevivencia (para mujeres)
	Pública	Privada		
Periferia	45.8	55.5	61.5	49.5
Norte	58.6	42.7	57.6	40.1
Centro Norte	59.9	40.8	64.9	45.7
Centro Sur	53.3	48.5	71.9	48.1
Sur	37.3	63.6	72.1	49.6
Total	49.6	51.5	66.5	46.9

Discapacidad - Montevideo

Alcaldías	Salud		Jubilación	Pensión
	Pública	Privada		
A	62.2	37.3	34.1	40.7
B	22.4	74.4	53.5	42.4
C	30.6	68.6	47.8	45.9
CH	17.9	83.1	53.4	49.0
D	60.2	39.6	37.7	41.9
E	31.1	67.7	46.5	46.5
F	60.2	45.0	38.6	31.5
G	46.0			
Total	42.7	56.3	43.3	42.3

Discapacidad y dependencia - Montevideo				
Estratos	Salud		Jubilación	Pensión
	Pública	Privada		
Bajo	79.7	38.9	31.4	29.0
Medio-Bajo	47.3		43.0	44.9
Medio-Alto	33.7	64.4	47.2	41.7
Alto	16.5	85.8	50.2	49.2
Total	43.8	55.4	43.3	41.6

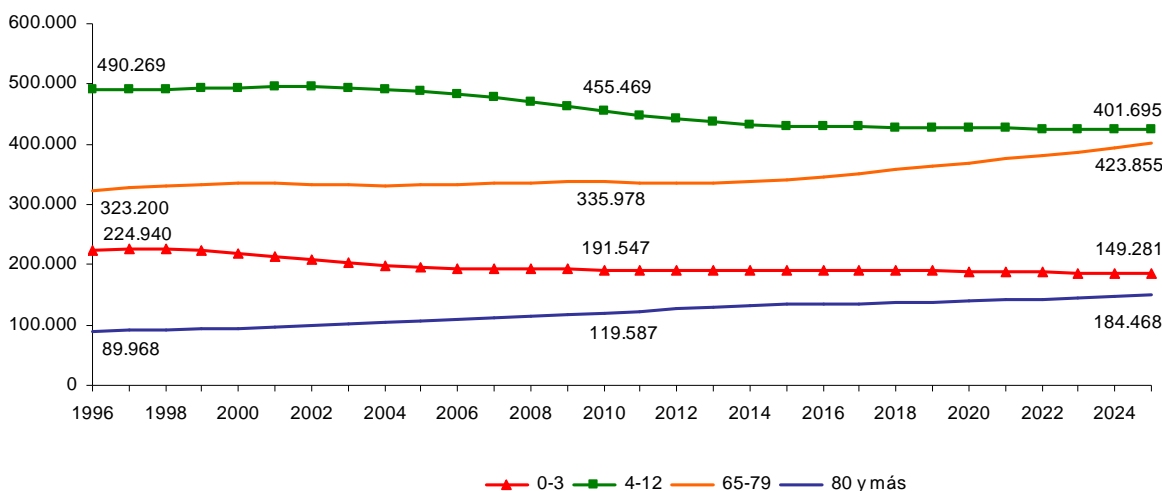
Discapacidad y dependencia - Interior				
Estratos	Salud		Jubilación	Pensión
	Pública	Privada		
Periferia	67.9	32.5	49.5	35.7
Norte	80.0	19.5	26	48.0
Centro-Norte	82.3			42.3
Centro-Sur	71.7	29.2	42.5	50.7
Sur	58.2	41.2	44.9	39.4
Total	72.2	28.3	37.9	42.9

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

Según las proyecciones de población del INE, para el 2025 la población adulta mayor se habrá incrementado mientras que la población infantil se reduce. La población adulta mayor pasaría de 456.500 (en 2010) a 551.000 y la población infantil de 647.000 a 608.300. (Gráfico 20)

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

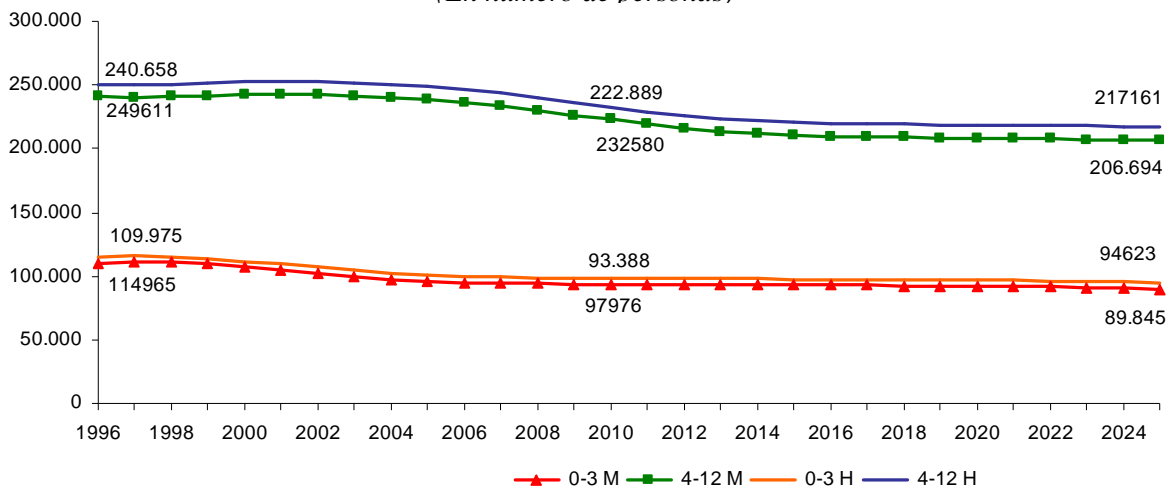
GRÁFICO 20
PROYECCIONES DE POBLACIÓN POR TRAMOS DE EDAD . TOTAL DEL PAÍS, 1996-2025.
(En número de personas)



Fuente: elaboración propia en base a las Proyecciones de población del INE.

Si se realiza el análisis según sexo se encuentra que en la población infantil la proyección de la población es similar para ambos sexos, pero en la población adulta mayor hay diferencias significativas. (Gráficos 21 y 22)

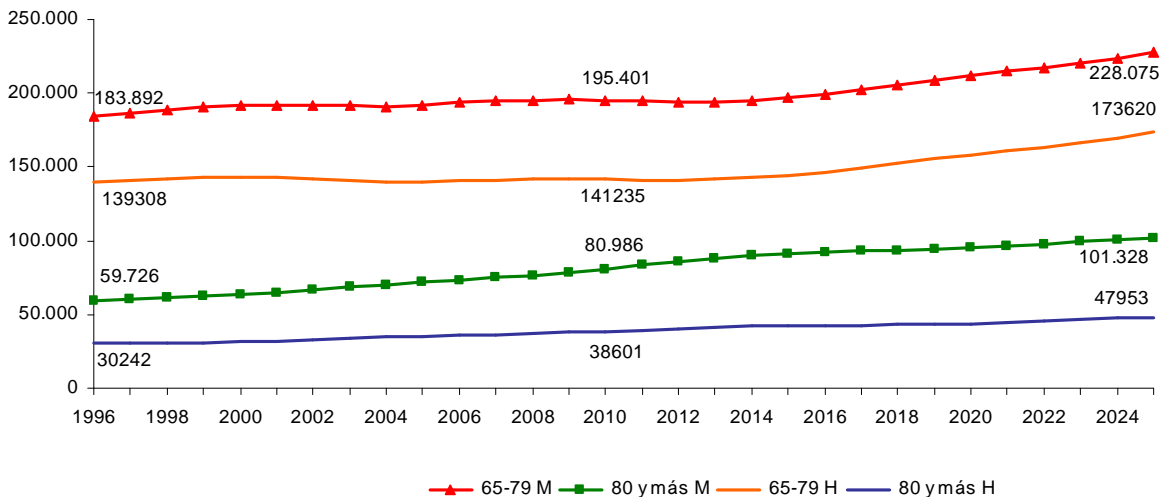
GRÁFICO 21
PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN INFANTIL
POR TRAMOS DE EDAD SEGÚN SEXO. TOTAL DEL PAÍS, 1996-2025.
(En número de personas)



Fuente: elaboración propia en base a 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 de edad (22%).

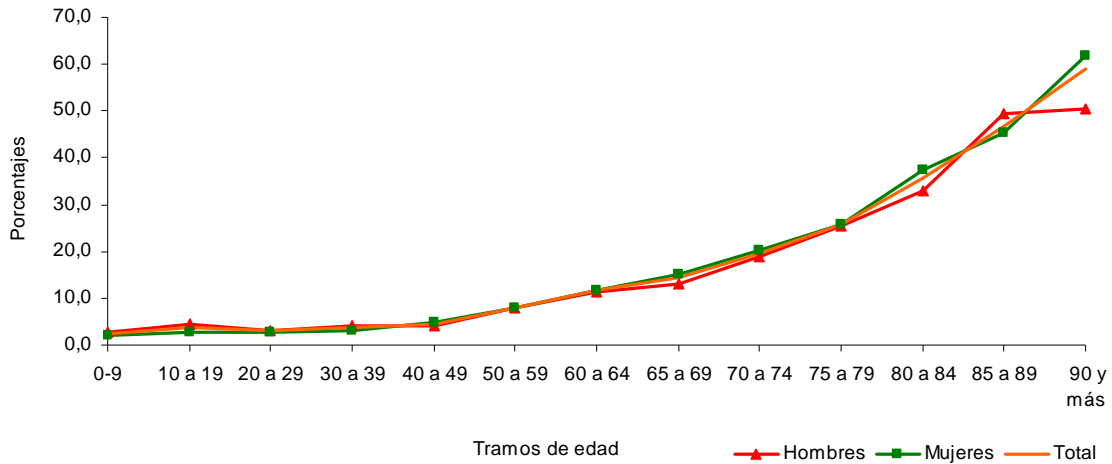
GRÁFICO 22
PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR
POR TRAMOS DE EDAD SEGÚN SEXO. TOTAL DEL PAÍS, 1996-2025.
(En número de personas)



Fuente: elaboración propia en base a las Proyecciones de población del INE.

La proporción de personas con discapacidad aumenta en forma importante a partir de los 60 años de edad y es bastante similar según sexo. La diferencia más significativa se registra luego de los 85 años de edad, donde la proporción de personas con discapacidad supera el 50%. (Gráfico 23)

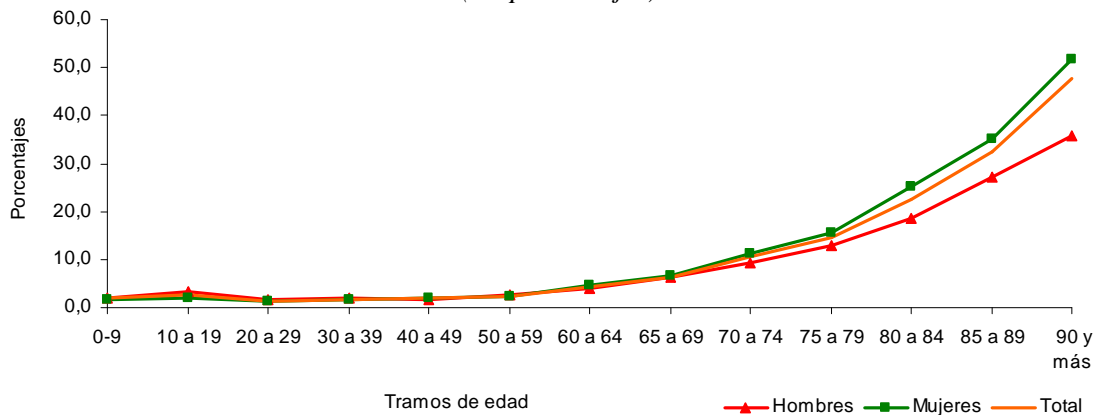
GRÁFICO 23
PROPORCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD
POR TRAMOS DE EDAD SEGÚN SEXO. TOTAL DEL PAÍS, 2004.
(En porcentajes)



Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Nacional a Personas con Discapacidad Setiembre 2003-Agosto 2004 del INE.

Entre las personas que además de tener una discapacidad tienen necesidad de ayuda para las actividades de la vida diarias, las mujeres son una proporción superior a los hombres desde los 75 años de edad. Esa diferencia se profundiza con el correr de los años, pasando de 25% a 52% luego de los 80 años para las mujeres y de 19% a 36% para los hombres. (Gráfico 24)

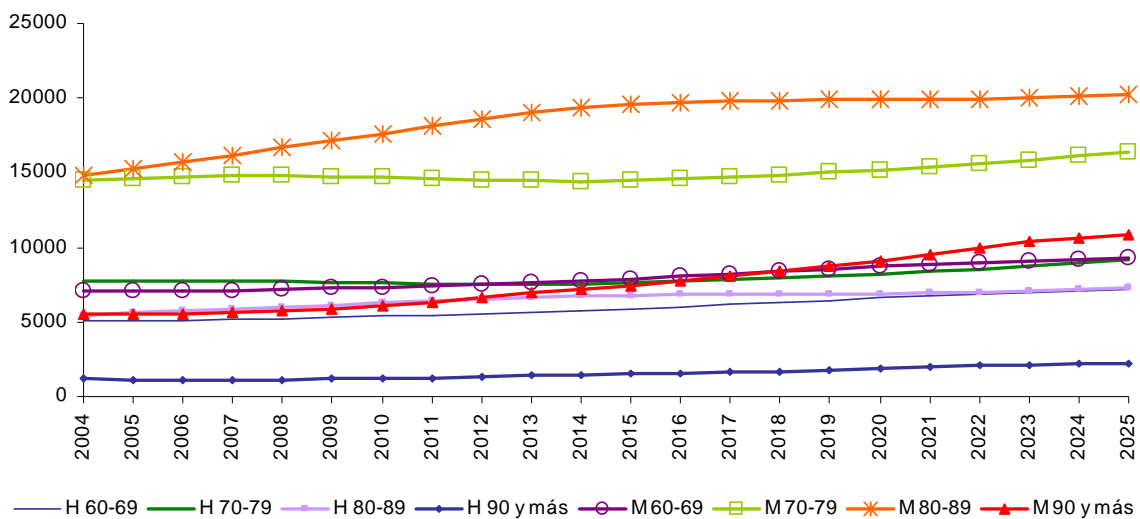
GRÁFICO 24
PROPORCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y NECESIDAD DE AYUDA DIARIA
POR TRAMOS DE EDAD SEGÚN SEXO. TOTAL DEL PAÍS, 2004.
(En porcentajes)



Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Nacional a Personas con Discapacidad Setiembre 2003-Agosto 2004 del INE.

Si se realiza 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 al año 2004, se observa que el número de mujeres de más de 80 años de edad 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 entre 60 y 79 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, entre 60 y 79 años de edad pasan de 12.800 a 16.300, y aquellos mayores de 80 años pasarían de 6.700 a 9.500. (Gráfico 25)

GRÁFICO 25
PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR CON DISCAPACIDAD
Y NECESIDAD DE AYUDA DIARIA SEGÚN TRAMOS DE EDAD Y SEXO. TOTAL DEL PAÍS,
2004-2025.
(En número de personas)



Fuente: elaboración propia en base a las Proyecciones de población del INE y los microdatos de la Encuesta Nacional a Personas con Discapacidad Setiembre 2003-Agosto 2004 del INE.

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

A. Marco analítico

En el documento de CEPAL (2009) se propone tres principios normativos para orientar el desarrollo de un sistema de protección social que incluya el ámbito de los cuidados. Ellos son:

1. Promover una mayor igualdad de acceso entre personas con distintos recursos que requieren cuidados.
2. la universalidad de servicios y prestaciones centrados en las necesidades.
3. la solidaridad entre generaciones y la solidaridad de género.

También se plantea 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 esquema que plantean es:

Diagrama VI.1
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

Por lo tanto, para desarrollar el *principio de igualdad*, respecto al acceso a cuidados de calidad así como a la distribución de las responsabilidades de cuidado entre los sexos, se deberían promover programas que permitan la conciliación entre trabajo productivo y reproductivo, y que las políticas y programas que se desarrollen para el acceso al cuidado busquen promover en lugar de consagrar los roles tradicionales de género.

El *principio de universalidad* se aplicaría a los servicios, las prestaciones y los beneficios dirigidos a las personas que precisan asistencia y a las que prestan cuidados. De todas formas, plantean que ello no exime de la necesidad de ejercer determinados grados de selectividad, ya que no puede extenderse hasta niveles de protección que no sean financiables. Proponen que se debería ampliar progresivamente el horizonte de acción de los programas que se implementan, privilegiando las demandas de las personas que requieren asistencia, y que en ello tiene un rol activo el Estado como proveedor directo o indirecto de los servicios a quienes más lo requieren.

Por último, 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. Plantean que se requieren acciones integradas que involucren a todos los grupos etáreos, toda vez que del éxito de los jóvenes dependerá la habilidad de la sociedad a la hora de apoyar a las personas que dependen de la ayuda de los demás y también 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 Uruguay, la Red de Género y Familia pone el acento en el hecho de que el sistema sea público y profesional para garantizar el acceso universal y de calidad. En uno de los debates

organizados para tratar este tema se planteaba 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 ENIA 2010-2030 se plantea 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 rol que asuma el Estado como proveedor de cuidado determina la carga de cuidado que se delega a la familia, el voluntariado y/o 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, hasta ahora el costo de no brindar prestaciones o servicios de cuidado lo han asumido las mujeres generando desigualdad en sus resultados (económicos, sociales y políticos). Por ello, la definición del sistema debe pensarse tomando en cuenta siempre quien asume los costos de la ausencia de los servicios o prestaciones para el cuidado.

En términos esquemáticos, tomando como referencia la clasificación de opciones de política para el cuidado que plantea Daly (2001, citado en Razavi 2007), ellas son:

- *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);
- *incentivos para la creación de empleo o la provisión en el mercado* (por ejemplo, *vouchers* para empleo doméstico, excepciones de las contribuciones a la seguridad social para personas empleadas como cuidadoras, reducciones de impuestos por el costo de emplear a un trabajador doméstico, subsidios para la contratación de cuidado en el sector privado);
- *provisiones referidas a beneficios monetarios y de seguridad social* (por ejemplo, pagos en dinero, créditos de seguridad social y pensiones, exoneraciones de impuestos);
- *provisiones referidas a medidas 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 (*flexi-time*), 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):

- El “*modelo de proveedor universal*” que concibe el acceso a los beneficios de seguridad social, salud, etc. a través del empleo, para lo cual el Estado debe brindar servicios de cuidado que atienda a las personas dependientes (niños, ancianos, personas con discapacidad, enfermos) y debe garantizar la formación para el empleo de hombres y mujeres.
- El “*modelo de cuidador-paritario*” que significa que se igualan los derechos de los que cuidan con los que poseen trabajo remunerado. En este caso el centro de la política no sería garantizar el acceso al empleo de hombres y mujeres sino que todas las personas trabajen de forma remunerada o no, tengan acceso a los mismos beneficios (de seguridad social, salud, etc.). La política se preocupa por contemplar al cuidado informal (trabajo no remunerado) y brindarle sostén a través de prestaciones monetarias para el cuidado.
- El “*modelo de cuidador universal*” que llama a romper con 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 del *modelo de proveedor universal*, 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 esta diversidad de respuestas posee implicaciones diferentes para la igualdad de género. El *modelo de proveedor universal* plantea la dificultad de que efectivamente las mujeres logren insertarse en el mercado laboral en igualdad de condiciones que los hombres y accedan a iguales beneficios a lo largo de su vida. Giullari y Lewis (2005) plantean que ello depende de la forma en que las políticas atienden el tema del trabajo no remunerado y no necesariamente se garantiza la inserción laboral en igualdad de condiciones. Al respecto, Bettio y Plantenga (2006) plantean que el efecto encontrado en países europeos es que 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.

Respecto al “*modelo de cuidador-paritario*” donde se propone que la seguridad social debería brindar prestaciones monetarias o créditos para cuidar, generalmente se plantea que pueden 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 las interrupciones en la carrera laboral debido a las responsabilidades de cuidado. Los inconvenientes de esta estrategia son que la salida del mercado laboral afecta el ingreso, la empleabilidad y la carrera laboral de la persona cuidadora. A su vez, si los créditos para cuidar son de un monto reducido desestiman el uso por parte de los hombres, porque sus ingresos laborales son, en general, más elevados que los de las mujeres. Ello se podría resolver generando igual derecho al acceso a los créditos, pero sin igualar el nivel del beneficio. Por último, 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 también que la forma en que se otorgan los beneficios puede ser contradictoria con su propósito. Uno de los temas resaltados, al igual que lo que se mencionaba en el caso de los créditos para cuidar es el caso de las licencias parentales o por paternidad donde por un tema cultural de la sociedad que no concibe al hombre como cuidador, así como por un desestímulo real en términos puramente económicos puede afectar 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:

- individualizar los derechos para cada sexo, de forma tal que si no hace uso del beneficio, lo pierde. Por ejemplo las “cuotas” padre y madre en las licencias parentales.
- El monto del beneficio debe compensar por la pérdida total de ingresos de cada individuo o igualar el monto de pérdida de ingresos de ambos padres.
- 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 hecho de cuidar o trabajar en forma remunerada, genera una estructura de incentivos para que las mujeres se incorporen al trabajo remunerado y los hombres provean cuidado. El hecho de vincular ambos beneficios contribuye a contrarrestar una nueva segregación de género que se genera cuando los beneficios relacionados con el cuidado son a tasa fija y los vinculados al trabajo remunerado están en función del nivel de ingreso.

Este tercer modelo de cuidador universal se adapta mejor a las necesidades de las madres solas (constituidas como hogares monoparentales con jefatura femenina) que deben realizar indefectiblemente las tareas de cuidadoras y proveedoras.

Hay investigadoras que analizan las opciones a través del “enfoque de las capacidades” de Sen y la idea arraigada a este enfoque es que la libertad de elección se incrementa en la medida que se amplían las opciones disponibles para hombres y mujeres. Por ello el ideal no sería instrumentar una solución para cada caso sino una combinación de opciones que incremente la libertad del individuo o grupo de elegir. Ello está en concordancia con el planteo de Courtoisie, de León y Dodel (2010) para Uruguay que sugieren, “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”.

En Daly (2001, citado en Razavi 2007) se presenta la siguiente tabla donde se establecen los resultados de las diferentes opciones de política en función de distintos objetivos.

IMPACTOS DE LAS OPCIONES DE POLÍTICAS EN DISTINTOS OBJETIVOS.

Opciones de política	Elección/ Calidad para el receptor de cuidado	Elección/ Calidad para los-as cuidadores-as	Equidad de género	Legitimación del cuidado	Creación de un mix de bienestar	Cambios en la oferta/demanda de trabajo	Reducción de costos fiscales
Prestación monetaria al cuidador	+	?	-	+	-	+	+
Prestación monetaria a la persona cuidada	+	?	?	?	+/-	+/-	+
Servicios públicos	+	+	+	+	?	+	-
Licencias	+/-	?	?	+	?	+	+
Incentivos a la creación de empleo	-	-	?	?	?	+	+
Incentivos a los servicios de cuidados privados	?	?	+	?	+/?	+	?

Fuente: Daly (2001, citado en Razavi 2007).

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:

CAPACIDADES Y POLÍTICAS PÚBLICAS

Capacidades que desarrolla	Opciones de política						
	Centros de cuidado diurno en el barrio	de las escuelas	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.	+++	+++	++	+	+	+	++

Nota: la lista de capacidades que propone Benería (2007) se basan en Robeyns (2003).

Fuente: Benería (2007).

B. Propuestas para Uruguay

En Uruguay la formulación del 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”. También, forma parte de la implementación de la ENIA 2010-2030 que entre sus líneas prioritarias plantea el desarrollo 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 en³²:

Referidas al cuidado infantil:

- desarrollo de un **sistema de cuidados para 0 a 3 años** que no necesariamente tiene que implicar la institucionalización de los más chiquitos (0-1 o 0-2). Las alternativas previas a la institucionalización para ese tramo de edad son el cuidado a domicilio por cuidadoras que financie o subsidie el Estado. También es imprescindible brindar capacitación a estas cuidadoras y revisar si el sistema actual de formación para primera infancia que está centrado en el sector privado debe necesariamente exigir bachillerato completo para acceder a esta formación. El nivel de 3 años se piensa incluir en el proceso de universalización de la enseñanza preescolar. En función de los tiempos que

³² Se consideraron tanto las propuestas del gobierno en 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: OIT-PNUD (2010), Salvador (2009) y los resultados de proyectos como DESARROLLA de PNUD que está analizando y evaluando opciones de política para el cuidado en la primera infancia.

se estime que pueda llevar dicha institucionalización pública y universal, se debería contemplar su inclusión en otros formatos de atención como los centros 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 las madres y los padres.

- **Universalización del derecho a las Asignaciones Familiares a hogares con hijos/as pequeños/as (0-2 años)** lo que proporcionaría a estos hogares de nivel socio-económico medio el margen de maniobra necesario para liberar recursos económicos en pos del cuidado infantil. Esta propuesta ha sido menos difundida se plantea en Courtoisie, de León y Dodel (2010) y el Programa Desarrolla del PNUD también está analizando los costos y beneficios de esta posibilidad.
- **Extensión de la jornada escolar para nivel preescolar y primaria o desarrollo de servicios contra-horario escolar.** Por ejemplo, los Clubes de Niños del INAU funcionan hoy como apoyo en contra-horario y también las escuelas de tiempo completo en sectores carenciados pueden ser una solución para los padres y madres que trabajan fuera del hogar. Pero su cobertura aún es reducida y claramente no abarca a los sectores de ingresos medios.
- **Extensión de la licencia por paternidad y maternidad:** en el caso de la licencia por paternidad es claramente muy acotada para el sector privado y ello no estimula el desarrollo del vínculo paterno con el cuidado del bebé y las tareas relativas al cuidado en el hogar. Respecto a la licencia por maternidad se propone la igualación de la extensión del sector privado respecto al sector público (pasando de 12 a 13 semanas) o llevarla al mínimo recomendado por 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.
- **El desarrollo de licencias parentales:** estas licencias se utilizan para el cuidado de hijos enfermos o para otras necesidades que demande el cuidado parental, pero en este caso la limitan hasta los 2 años del niños. También podría pensarse para adecuar las demandas del cuidado infantil en la primera infancia la flexibilización del tiempo de trabajo o la reducción horaria. Propuestas de este tipo están planteadas en OIT-PNUD (2009), CEPAL (2010) y la Recomendación 165 de 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.

Referidas al cuidado de personas con discapacidad o adultos mayores con cierto nivel de dependencia:

- El desarrollo de **servicios de atención domiciliaria** para el acompañamiento en las actividades de la vida diaria y la asistencia en el cuidado personal y del hogar de la persona dependiente. En la ley para atención de las personas con discapacidad de marzo de 2010 se propone la creación de la figura del Asistente Personal. Para ello hay que trabajar en la formación de estas personas. También es necesario definir el organismo que se encargará de regular y supervisar los servicios de compañía que se han desarrollado a nivel privado, en relación a la calidad de los servicios que brindan así como las condiciones de trabajo y la formación de quienes están a cargo de esos servicios. A su vez, el desarrollo de los servicios se puede realizar desde el ámbito público y municipal, o subsidiar la contratación en el sector privado.
- **Tele-asistencia.**

- **Residencias diurnas y nocturnas, y servicios comunitarios/municipales** para la atención de personas con discapacidad o de edad avanzada (OIT-PNUD, 2009).
- **Sistemas de respiro para cuidadores-as.**
- **Transporte:** existe un sistema de transporte escolar para niños con discapacidad o que viven en zonas alejadas (rurales), cuyo alcance es aún 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 la dificultad de traslados fuera del hogar como una de sus necesidades de ayuda para realizar las actividades de la vida cotidiana (Encuesta Nacional de Discapacidad 2004) y un estudio para hogares en situación de extrema pobreza en Montevideo identificó que también es un problema importante para estos hogares (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 pero con resguardo del puesto de trabajo. (OIT-PNUD, 2009)
- **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 han tendido a trasladar tareas que deberían ser propias del sistema a las familias, tanto en los centros de internación como en el hogar.

Referido a las personas que se dedican a cuidar:

- **Pensión universal para la vejez** y para quienes se dedican exclusivamente a tareas de cuidado.
- **Subsidio asistencial** 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).

Referidos a la legislación y concientización del mundo laboral:

- en OIT-PNUD (2009) y CEPAL-AECID-UNIFEM (2010) se plantea como una medida sustancial y prioritaria la necesidad de **desmantelar la norma del “trabajador ideal”** (hombre sin responsabilidades domésticas en su familia y mujer como fuerza de trabajo secundaria), promoviendo modelos alternativos de maternidad, paternidad y masculinidad. Se propone reconstruir el concepto de trabajo en sentido amplio, revalorizando los trabajos socialmente útiles y recreando nuevas maneras de organización del trabajo y del tiempo social de trabajo.
- Las jornadas rotativas de trabajo complejizan la conciliación de la vida familiar y laboral, cuando los hijos son muy pequeños o el-la trabajador-a tiene a cargo una persona dependiente.
- Legislar sobre la sanción de la discriminación asociada a las responsabilidades familiares. (OIT-PNUD, 2009)
- **Políticas de tiempo:** tanto el sistema de transporte público como el sistema de salud tienen un gran rol que jugar en la reducción del tiempo que significa para las familias realizar trámites, trasladarse a los lugares de trabajo y concretar entrevistas médicas. Los sistemas privados de salud de contratación individual para diferenciarse en sus servicios ofrecen atención rápida y con la menor pérdida de tiempo posible,

coordinación de consultas médicas y otros trámites en forma telefónica, etc.. Los tiempos de espera y de traslado del transporte colectivo se han ido reduciendo al aumentar la información disponible sobre horarios y el nuevo sistema de transporte en la capital pero aún deben haber mejoras posibles para facilitar el traslado a los centros educativos de los niños, los centros de salud y el trabajo. En Batthyány (2004) se planteaba como demanda de las madres de niños pequeños la necesidad de mejorar los servicios de transporte colectivo para ganar tiempo en los traslados cotidianos. También hay demandas por usuarios del sistema de salud y, particularmente del sistema público, por el tiempo que insumen las esperas para la atención médica.

- Un insumo necesario para las familias en el momento de decidir qué opción de cuidado tomar o cómo resolver su necesidad de contratar a un-a cuidador-a es disponer de **información a través de Internet**. Se podría alimentar sitios como la Guía de Recursos Sociales del MIDES que disponga de información del sector público y privado, así como generar bases de información de personas certificadas para brindar cuidado que faciliten la búsqueda a los demandantes de estos servicios. Esta ha sido una demanda de distintos actores: padres y madres de niños pequeños (Courtosie *et al*, 2010) y personas con discapacidad (MIDES, 2010).
- Es imprescindible realizar **campañas que promuevan la corresponsabilidad** entre los sexos en los cuidados. El Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) realizó una difusión publicitaria hace dos años que generó reacciones de apoyo del público en general, pero debería diseñarse una campaña con mayor sostenibilidad en el tiempo. Es importante trabajar también con los proveedores de servicios para que no refuercen el rol de la madre como cuidadora natural.

El desarrollo de este sistema requiere una definición respecto a la **institucionalidad** desde donde se definan, implementen, monitoreen y evalúen los resultados de las políticas. Ello ha sido un reclamo explícito de la Red Género y Familia dada la diversidad de instituciones que prestan servicios de cuidado. En el sector público éstos dependen de distintos ministerios, 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 cual debería revertirse a través de la conformación de un sistema y la inclusión en forma integrada de todas las partes (del sector público y privado) que deberían tender a responder 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”. También 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”.

También es relevante la **participación de la sociedad civil** en la definición, monitoreo y evaluación de las políticas. En los debates entorno a la ENIA 2010-2030 se identificó “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”. 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 y en forma inconsulta con sus

usuarios o posibles beneficiarios. En ese sentido se plantea que se debería tender a 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 requerir las personas con determinado tipo de discapacidad hay que trabajar a nivel territorial aprovechando la existencia de alcaldías en todo el territorio nacional a través de las cuales se puedan generar 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:

En Educación:

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

En Protección social:

- Asignaciones Familiares: se procurará avanzar en el logro de que quienes tienen derecho a las mismas accedan efectivamente. Hay que resolver problemas de tenencia, de documentación y llegar efectivamente a las localidades más alejadas.
- Se duplicará el monto de la Tarjeta Alimentaria para los hogares indigentes,
- Apoyo alimentario a través de la entrega de 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 de extender la cobertura de los centros CAIF a los niños de 0 a 3 años de los hogares del primer quintil de ingresos por cápita, con cobertura de 8 horas para las edades de 2 y 3 años y de 4 horas diarias para 1 año, requerían la construcción de 191 nuevos centros CAIF. Por lo tanto, la asignación presupuestal propuesta estaría cubriendo la mitad de esta opción de extensión de los CAIF.

C. Estrategias de corto, mediano y largo plazo

La elaboración de la estrategia a seguir con un plan que busque instrumentar un Sistema Nacional Integrado de Cuidados deberá tener en cuenta que hay varias medidas que ya están acordadas más allá que aún no se haya logrado instrumentarlas, hay otras que están en proceso de discusión y cuestiones que tal vez no requieren de recursos monetarios importantes sino que simplemente tomar la decisión de trabajar en ese sentido.

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

En el caso de la extensión de las licencias por maternidad, paternidad y el horario de lactancia para el sector privado está previsto en un proyecto de ley que está actualmente en discusión. Por lo tanto, sobre este tema hay un avance en términos de iniciativa del Poder Ejecutivo para iniciar la discusión y buscar consensos. No están aún incluidas en esta discusión las licencias

parentales o por enfermedad de familiar directo que tal vez se pueden ir introduciendo en la discusión en instancias sucesivas, cuando haya una mayor concientización sobre su relevancia. También existen otras opciones que son la flexibilidad o reducción horaria durante los primeros años de vida del niño o cuando hay un familiar dependiente que cuidar.

Respecto a la importancia de desarrollar servicios de cuidado infantil y escuelas de tiempo completo también hay acuerdos interpartidarios de avanzar en este sentido y ello se refleja en el Presupuesto Nacional previsto para el próximo quinquenio. Tal vez aquí el tema radica en qué solución brindarle a los hogares de ingresos medios que no se ven beneficiados con estos servicios y tiene necesidades apremiantes al respecto. En este caso la alternativa de una prestación monetaria o un subsidio para contratar cuidadoras o servicios de cuidado puede ser una solución posible de resolver en el corto o mediano plazo. También 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 MEC) y podría formar parte también de los cursos del INEFOP (Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional).

Otro tema relevante a tratar es el transporte para niños y personas con discapacidad. En el caso de los niños podría para resolver no sólo 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 requieren de ayuda diaria está previsto en la ley sobre discapacidad y hay que empezar por la formación de estas personas para generar una oferta laboral que pueda cubrir estas necesidades. También hay que trabajar en el mediano plazo en la instrumentación de los sistemas de información para que quienes requieran de estos cuidadores puedan acceder y tengan confianza en la acreditación que les dé el Estado. Otros servicios como la tele-asistencia puede instrumentarse como otro mecanismo relacionado a este donde el Estado asuma la responsabilidad por brindar garantías de que el servicio será de calidad.

Si en el corto plazo hay inconvenientes para desarrollar servicios de atención personalizada a personas altamente dependientes y residencias se deberían instrumentar los servicios de respiro que contribuyan con la promoción de la autonomía de las personas cuidadoras. También desarrollar servicios de apoyo y formación a estos cuidadores familiares o informales para atender sus necesidades y promover una mejor calidad de vida.

Por otra parte, hay acciones que más allá que tengan algún costo asociado pueden irse instrumentando en etapas. Por un lado, 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 esas responsabilidades a la familia.

También se debería trabajar en campañas de concientización con empresarios y trabajadores, y con el conjunto de la sociedad sobre la importancia de los cuidados familiares y la necesidad de tender a la corresponsabilidad entre Estado, mercado y familia y entre los sexos.

Otro insumo importante para las familias y que no debería requerir muchos recursos es la generación de portales de información en Internet. Dado que ya se han iniciado pasos en este sentido en el MIDES se podría generalizar y ampliar a otros servicios y necesidades de las familias que pudieran ser utilizados como mecanismos de consulta y de contacto con personas cuidadoras con alguna certificación.

Luego, está todo lo referido a las políticas de tiempo en los servicios de cuidado, incluyendo la salud y el transporte, que deberían empezar a considerarse porque pueden haber soluciones sencillas a dificultades que generan trastornos a las familias. En este campo hay mucho por estudiar aún, pero se sabe que hay ciertas exigencias del sistema de salud en cuanto a controles

médicos en la primera infancia y los trámites que ello requiere que podrían irse revisando para reducir traslados e introducir eficiencia en función del tiempo de las personas.

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

Hay que definir claramente cuál sería la institucionalidad que coordinará las acciones para instrumentar el sistema de cuidados, monitorearlo y evaluar sus resultados. También definir cuál será el rol de la sociedad civil y los usuarios del sistema en este proceso.

También hay que pensar en instrumentar una nueva encuesta de discapacidad, pero con el objetivo de recoger toda la información que se requiere para definir mejor las estrategias de cuidado a adoptar, buscando recoger la opinión de las personas con discapacidad y sus cuidadores familiares. Se podría, a su vez, trabajar a nivel territorial para recoger las demandas y preferencias por las distintas opciones de servicios.

Bibliografía

- Aguirre, Rosario; Lucía Scuro (2010) Panorama del sistema provisional y género en Uruguay. Avances y desafíos. Serie Mujer y Desarrollo. Santiago: CEPAL.
- Aguirre, Rosario (2009) “Uso del tiempo y desigualdades de género en el trabajo no remunerado”. En: Aguirre (ed.) Las bases invisibles del bienestar social. Montevideo: UNIFEM.
- Aguirre, Rosario; María Bonino; Alma Espino; Graciela Sapriza (2006) “Diagnóstico de situación sobre género y salud en Uruguay”, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. MSP-OPS-UNFPA.
- Amarante, Verónica; Alma Espino (2008) “Situación del servicio doméstico en Uruguay”. En: Ampliando las oportunidades laborales para las mujeres. Montevideo: MIDES y Banco Mundial.
- Batthyány, Karina; Lorena Alesina; 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, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología y UNFPA. Montevideo, Mayo.
- Batthyány, Karina (2004) Cuidado infantil y trabajo: ¿un desafío exclusivamente femenino? Una mirada desde el género y la ciudadanía social. CINTERFOR/OIT.
- 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* 10 (1), pp. 85-113.
- Cabella, Wanda (2006) “Los cambios recientes en la familia uruguaya: la convergencia hacia la segunda transición demográfica”. En: Fassler Clara coord. Familias en cambio en un mundo en cambio. Trilce. Red Género y Familia. Montevideo.
- CEPAL (2010) “Consenso de Brasilia”. Undécima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe.
- CEPAL (2009) Panorama social de América Latina. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- CEPAL-AECLID-UNIFEM (2010) El cuidado en acción: entre el derecho y el trabajo. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Consejo Nacional de Políticas Sociales (2008) “Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia 2010 – 2030. Bases para su implementación”. Montevideo: Consejo Nacional de Políticas Sociales.
- Courtoisie, Denise; Alicia de León y Matías Dodel (2010) “Estrategias familiares para el cuidado de niños/as menores de 2 años”. Infamilia, MIDES.

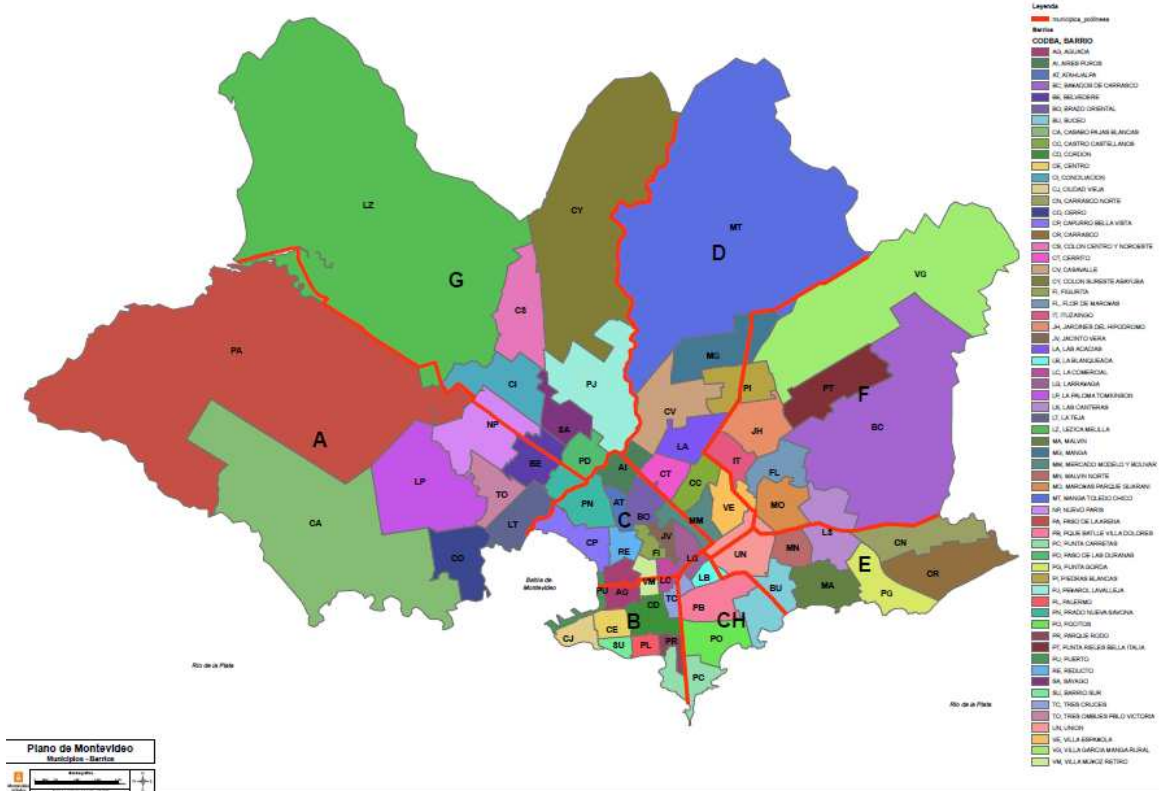
- Esquivel, Valeria (2008) "The Political and Social Economy of Care: Argentina Research Report 2. Ginebra: UNRISD.
- Fassler, Clara (2009) Hacia un sistema nacional integrado de cuidados. Serie Políticas Públicas. Montevideo: Red Género y Familia.
- Filgueira, Fernando; Pablo Alegre (2006) "Logros y fracasos de una ruta de reforma híbrida: estructura de riesgo y protección social en el Uruguay".
- Filgueira, Fernando; Federico Rodríguez; Sergio Lijtenstein; Pablo Alegre; Claudia Rafaniello (2006) "Estructura de riesgo y arquitectura de protección social en el Uruguay actual: crónica de un divorcio anunciado". En: Prisma N° 21, Montevideo.
- Giullari, Susana; 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.
- Huenchuán, Sandra; Mariana Paredes (2006) Escenarios futuros en políticas de vejez en Uruguay: continuidades y rupturas. Montevideo: Naciones Unidas.
- INAU (2010) Presupuesto Quinquenal 2010. Disponible en: <http://www.inau.gub.uy/>
- INMUJERES (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; Verónica Pérez (2009) "Consulta Ciudadana. Mujer tu voto tiene Voz". Informe de Investigación. Disponible en: http://www.parlamento.gub.uy/externos/parlamenta/noticia_25_marzo_09.html
- Johnson, Niki; Verónica Pérez (2010) Representación (s)electiva. Una mirada feminista a las elecciones uruguayas 2009. Montevideo: Cotidiano Mujer y UNIFEM.
- 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.
- Kaztman, Ruben; Fernando Filgueira (2001) Panorama de la infancia y la familia en Uruguay. Programa de Investigación sobre Integración, Pobreza y Exclusión Social (IPES) de la Facultad de Ciencias Sociales y Comunicación. Montevideo: Universidad Católica del Uruguay.
- MIDES (2010) "Sistematización y análisis cualitativo de las observaciones del trabajo de campo sobre discapacidad en contexto de pobreza extrema". Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo, Unidad de Seguimiento de Programas.
- OIT-PNUD (2009) Trabajo y Familia: hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social. Santiago: Oficina Internacional del Trabajo y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Pautassi, Laura (2010) "Cuidado y derechos: la nueva cuestión social" En: Montañó y Calderón (coords.) El cuidado en acción. Cuadernos de CEPAL N° 94. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Perera, Marcelo; 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.
- Peri, Andrés; 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 ALAP, Asociación Latinoamericana de Demografía, 3-5 setiembre de 2006, Guadalajara, México.
- Picchio, Antonella (1999) "Visibilidad analítica y política del trabajo de reproducción social". En: Carrasco, C. (ed) Mujeres y economía. Barcelona: Icaria – Antrazyt.
- 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 – Setiembre, pp.137-151.
- Razavi, Shahra (2007) The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options. Gender and Development, Paper N° 3. Ginebra: UNRISD.

- Red Género y Familia (2010) “Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Un componente fundamental del sistema de protección social”. Montevideo: ONU Mujeres y UNIFEM.
- Robeyns, Ingrid (2003) “Sen’s Capability Approach and Gender Inequality: Selecting Relevant Capabilities”. *Feminist Economics* 9(2-3), pp. 61-92.
- Rodríguez, Federico; Cecilia Rossel (2009) *Panorama de la vejez en Uruguay*. Montevideo: Universidad Católica, IPES y 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, CEPAL, Santiago.
- Salvador, Soledad; Gabriela Pradere (2010) “El gasto en servicios de cuidado de los hogares uruguayos”. Montevideo: CEPAL.
- Sainsbury, Diane (ed) (1999) *Gender and Welfare State Regimes*. Oxford: Oxford University Press.
- Scuro, Lucía (2009) “Pobreza y desigualdades de género”. En: Aguirre (ed.) *Las bases invisibles del bienestar social*. Montevideo: UNIFEM.
- UNIFEM (2000) “El progreso de las mujeres en el mundo 2000”. : UNIFEM.
- Varela, Carmen (coord.) (2008) *Demografía de una sociedad en transición: la población uruguaya a inicios del siglo XXI*. Montevideo: FCS y UNFPA.
- Varela, Carmen (2007) “Fecundidad, propuestas para la formulación de políticas”. En: Calvo, J. y Mieres, P: *Importante pero urgente, políticas de población en Uruguay*, UNFPA-RUMBOS.
- Varela, Carmen (2007) “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”

Anexos

Anexo1

Plano de Montevideo según barrios y alcaldías



Fuente: Oficina de Planeamiento y Presupuesto.

Alcaldía	Barrios
A	Belvedere, Casabo, Pajas blancas, Cerro, La Paloma Tomkinson, La Teja, Nuevo Paris, Paso de la Arena, Tres Ombues, 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 Savoða, 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 Bolivar, 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 Hipodromo, Maroñas, Guaraní, Punta de Rieles, Bella Italia, Villa Garcia, Manga Rural.
G	Colón Centro y Noroeste, Colón Sureste, Abayuba, Conciliación, Lezica, Melilla, Paso de las Duranas, Peñarol, Lavalaje, Sayago.

Anexo 2

CUADRO A-1
DEPARTAMENTOS SEGÚN NIVELES DE INDIGENCIA,
POBREZA Y VULNERABILIDAD A LA POBREZA.
TOTAL DEL PAÍS, 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	100,0
Artigas	29,8	23,6	36,2	10,5	100,0
Canelones	54,5	23,1	17,3	5,2	100,0
Cerro Largo	36,2	27,4	32,1	4,3	100,0
Colonia	58,7	22,4	16,0	2,9	100,0
Durazno	48,1	22,3	25,4	4,1	100,0
Flores	59,2	23,5	14,0	3,3	100,0
Florida	49,1	26,8	18,9	5,2	100,0
Lavalleja	49,6	26,1	20,1	4,2	100,0
Maldonado	71,3	18,3	9,6	0,8	100,0
Paysandú	46,3	24,6	21,9	7,2	100,0
Rio Negro	47,2	25,1	23,1	4,6	100,0
Rivera	36,9	29,3	25,0	8,8	100,0
Rocha	45,7	26,8	24,0	3,5	100,0
Salto	40,8	25,7	25,4	8,0	100,0
San José	55,3	24,8	17,4	2,5	100,0
Soriano	46,3	25,1	22,5	6,1	100,0
Tacuarembó	41,5	22,4	28,9	7,2	100,0
Treinta y Tres	43,0	21,6	29,3	6,1	100,0
Total	49,3	22,2	21,6	6,9	100,0

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la ECH 2009.

CUADRO A-2
DEPARTAMENTOS SEGÚN LA ESTRATIFICACIÓN SOCIAL PROPUESTA POR FCS.
TOTAL DEL PAÍS, 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
Rio 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 en base a los microdatos de la ECH 2009.

CUADRO A-3
DEPARTAMENTOS SEGÚN RELACIÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA Y
TIPO DE POBLACIÓN DEPENDIENTE. TOTAL DEL PAÍS, 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
Rio 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 en base a los microdatos de la ECH 2009.

CUADRO A-4

ALUMNOS MATRICULADOS DE EDUCACION PRIMARIA PUBLICA EN EDUCACION COMUN POR CATEGORIA SEGUN DEPARTAMENTO

EDUCACION COMUN

DEPARTAMENTO	TOTAL	SUB-TOTAL URBANAS Y JICI	ESCUELAS URBANAS					JICI	ESCUELAS RURALES		
			SUB-TOT.	U.C.	T.C.	PR	CSCC.	1º y 2º	SUB-TOT.	COMUN	INTERN.
TOTAL DEL PAIS	288248	269454	268691	114842	25399	40751	87699	763	18794	18653	141
TOTAL MONTEVIDEO	88620	88620	88358	40198	7260	6320	34580	262	0	0	0
INTERIOR	199628	180834	180333	74644	18139	34431	53119	501	18794	18653	141
ARTIGAS	9621	8750	8750	2470	1230	1685	3365	0	871	828	43
TOTAL CANELONES	46825	44037	43953	19768	2999	6543	14643	84	2788	2788	0
CERRO LARGO	9636	8505	8451	2575	756	2355	2765	54	1131	1131	0
COLONIA	10832	9418	9387	6300	837	1806	644	31	1414	1414	0
DURAZNO	6237	5680	5636	1610	697	1222	2107	44	557	557	0
FLORES	2273	2008	2008	935	272	567	234	0	265	240	25
FLORIDA	6563	5761	5761	2582	831	1248	1100	0	802	802	0
LAVALLEJA	5350	4869	4849	2397	791	1375	286	20	481	481	0
MALDONADO	13902	13002	13002	8104	1004	2034	1860	0	900	880	20
PAYSANDU	12609	11351	11335	3234	1223	2446	4432	16	1258	1229	29
RIO NEGRO	6242	5488	5445	2792	521	918	1214	43	754	730	24
RIVERA	12478	11170	11109	2183	970	1499	6457	61	1308	1308	0
ROCHA	7041	6684	6684	4095	836	1095	658	0	357	357	0
SALTO	14677	13070	13070	4408	1986	2334	4342	0	1607	1607	0
SAN JOSE	10322	8989	8892	3489	1155	1605	2643	97	1333	1333	0
SORIANO	8893	8166	8166	3564	518	1854	2230	0	727	727	0
TACUAREMBO	10618	8853	8853	2434	1093	1781	3545	0	1765	1765	0
TREINTA Y TRES	5509	5033	4982	1704	420	2264	594	51	476	476	0

Nota: (JICI) Jardín de Infantes de Ciclo Inicial. Jardines de Infantes que poseen Niveles 3, 4 , 5 y 1 er. grado y 2 do grado.

Fuente: Planillas enviadas por las Inspecciones Departamentales a abril 2009.- C.E. I. P. - D.E.E. -

CUADRO A-5
ALUMNOS MATRICULADOS DE 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	SUB TOTAL	ESCUELAS	CLASES	SUB TOTAL			AUDITIVOS			VISUALES		
							SUB TOTAL	ESCUELAS	CLASES	SUB TOTAL	ESCUELAS	CLASES	SUB TOTAL	ESCUELAS	CLASES
TOTAL DEL PAIS	7702	7501	201	7263	7220	43	439	281	158	346	208	138	93	73	20
MONTEVIDEO	3256	3256	0	3072	3072	0	184	184	0	111	111	0	73	73	0
<i>Jurisdicción Centro</i>	1302	1302	0	1191	1191	0	111	111	0	111	111	0	0	0	0
<i>Jurisdicción Oeste</i>	1180	1180	0	1127	1127	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	4446	4245	201	4191	4148	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.

Cuadro A-6

Proporción de personas con discapacidad según tramos de edad y sexo.

Total del país, 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 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 en base a los microdatos de la Encuesta Nacional

a Personas con Discapacidad Setiembre 2003-Agosto 2004 del INE.

Anexo 3

Sobre servicios y prestaciones para el cuidado infantil (0 a 12 años)³³

1. Servicios de cuidado para niños-as de 0 a 3 años

1.1 Centros CAIF Modalidad Diaria (0 a 3)

Los Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF) constituyen un programa de cuidado que brinda atención y educación a niños y niñas de 0 a 3 años y sus familias. Este programa es de alcance nacional y es coejecutado con organismos públicos tales como el INDA y con 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.

El programa funciona durante todo el año y brinda más de dos prestaciones en bienes y servicios. Entre los componentes se destaca el programa alimentario nutricional y la salud bucal. El programa tiene un criterio étareo y de distinción económica para acceder. Otras condiciones de acceso refieren a la condición familiar: pertenecer a hogares monoparentales, con jefatura femenina, tener niños-as a cargo, también que existan problemas de convivencia. Otra exigencia es asistir asiduamente al CAIF. La Cédula de Identidad de los menores de edad así como el Carnet de asistencia de salud son necesarios para acceder al programa.

La unidad de beneficio del programa son algunos miembros del hogar. Se realizan intervenciones con mujeres embarazadas, niños de 0 a 3 y padres y/o adultos referentes. Para el año 2008 según el Repertorio de Políticas Sociales, la población beneficiaria alcanza las 63.703. Según datos del INAU, a octubre de 2009 el Plan Caif atiende a 42.231 niños-as (INAU, 2010).

Subprograma INDA - CAIF

En relación al componente alimentario, el mismo es brindado por el Instituto Nacional de Alimentación (INDA) y provee asistencia alimentaria nutricional, educación alimentaria nutricional y vigilancia nutricional en los Centros CAIF a nivel nacional. La población beneficiaria son los-as niños-as de 0 a 3 que asisten a los CAIF.

1.2 Centros Primera Infancia, INAU (0 a 4)

El INAU³⁴ gestiona 9 centros de atención diurna para niños y niñas entre 3 meses y 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 8hs a 17hs. El programa es ejecutado por INAU y tiene una modalidad descentralizada sin autonomía financiera. El programa 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, estimulación al desarrollo. Se accede al programa través del Centro de Estudio y

³³ La información de este anexo se basa en la base de datos del Repertorio de Políticas Sociales 2008 del MIDES, y se complementó con información de los sitios web y consultas a las instituciones y con información de la Guía de Recursos del MIDES.

³⁴ “La División Protección Integral en Contexto Familiar y Comunitario está integrada por 3 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, atendiendo una población de 1386 niños y adolescentes al 30 de noviembre de 2008.” <http://www.inau.gub.uy/dependencias-principales/proteccion-integral-en-contexto-familiar-y-comunitario.html>

Derivación del INAU y/o a través del sistema de INAU. Según datos del repertorio para el año 2008, accedían 816 personas a este servicio.

1.3 Programa “Nuestros Niños” de la Intendencia Municipal de Montevideo.

El programa Nuestros Niños es una propuesta socioeducativa co-gestionada 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 el servicio a través de los Centros Comunales Zonales y pasar por un proceso de entrevista y selección. Se ordenan las solicitudes de acuerdo a la mayor necesidad de cada familia.

1.4 Programa Aduana, ASSE

El programa Aduana contribuye al cuidado de los recién nacidos y lactantes en sus primeros 2 años de vida. Está dirigido a niños nacidos en maternidades públicas mediante el apoyo a un adecuado control de salud y seguimiento en base a instrumentos como visitas domiciliarias, una tarjeta de seguimiento y un sistema Informático de registro. Este programa depende del Programa Prioritario de Atención a la Salud de la Niñez, un programa de la Administración de los Servicios de Salud del Estado y tiene alcance nacional.

2. Servicios de cuidado para niños-as de 4 a 12 años

2.1 Educación preescolar y primaria

La Educación Primaria Común es el programa de mayor cobertura de Educación Primaria. El mismo atiende a la población entre 6 y 12-13 años, organizada bajo diferentes modalidades: Común urbana y Común Rural, Tiempo Completo y Contexto Socio-Cultural 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: jardineras (nivel 5 años) y 4 años. En los Jardines de Infantes de Ciclo Inicial (JICI) se dicta además de la educación inicial, los dos primeros años de primaria (para niños de 3 a 7 años).

2.1.1 Educación inicial (3 a 5 años)

La educación inicial depende del Consejo de Educación Inicial y Primaria (CEIP) de ANEP y tiene por objetivo la educación preescolar dirigida a niños-as de 3 a 5 años a través de 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 tiene carácter obligatorio 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-as para el año 2008 es de 82.649 niños-as.

2.1.2 Educación primaria común Urbana y Rural

Educación primaria depende del Consejo de Educación Inicial y Primaria de ANEP y tiene por objetivo la formación de niños-as de 6 a 13 años. 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 primaria urbana y rural son parte de la educación formal y tienen carácter obligatorio. 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-as para la educación primaria urbana es de 273.491³⁵. En relación a la educación primaria rural, acceden a ella niños-as de entre 5 y 13 años de edad que residan en zonas rurales del país. El total de beneficiarios para la educación primaria rural es de 19.051.

2.1.2.1 Modalidad Educación en Contexto Socio-Cultural Crítico

Las escuelas de contexto socio-cultural crítico son instituciones que cumplen con los estándares educativos de educación común a los que se adicionan programas complementarios de apoyo en diversas áreas formativas: socioeducativas, educación física, artística, recreación, entre otros. Acceden a ella niños-as de entre 5 y 13 años de edad que residan en zonas de intervención (asentamiento, inundación, etc.). El total de beneficiarios-as es de 87.582.

2.1.2.2 Modalidad Educación Tiempo Completo

Las Escuelas de Tiempo Completo atienden en régimen de horario extendido a alumnos con alta vulnerabilidad social, a través de acciones educativas que cumplen con el programa de educación común, asistido por actividades de educación física, artística, talleres, etc. La alimentación es parte de las prestaciones que se incluyen en esta modalidad. Acceder a estas escuelas niños-as entre 0 a 18 años de todo el país que residan en las zonas de intervención (asentamiento, inundación, etc). Para el año 2008, se identifican 23.942 beneficiarios.

2.1.3 Programa Maestros Comunitarios (6 a 14)

Este programa incorpora a las escuelas de contexto socio-cultural crítico, que funcionan en jornadas de 4 horas diarias, mayor tiempo pedagógico para los-as alumnos 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 en edad escolar que no han ingresado al sistema formal. Son seleccionados, también, alumnos con dificultades de integración en ámbitos grupales, afectados significativamente en su desempeño escolar.

Acceden a este programa niños-as de entre 6 y 14 años de todo el país que residan en las zonas de intervención. Para mantener el beneficio es necesario continuar matriculado en la escuela y seguir requiriendo el apoyo según evaluación de las-os maestros. Para el año 2008, se identifican 16.945 beneficiarios.

2.1.4 Transporte Escolar (4 a 17)

El programa facilita el traslado de niños-as 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 de referencia (rurales) y traslado de alumnos de zonas rurales a centros urbanos o periféricos para su escolarización.

El programa depende del Consejo de Educación Inicial y Primaria (CEIP) de ANEP. El programa tiene dependencias en otras localidades que brindan el servicio y tiene inspecciones departamentales. El programa funciona durante todo el año, no existen criterios de diferenciación socioeconómica para su ingreso pero sí es requisito asistir a: centros educativos preescolares, escuelas públicas de tiempo completo, escuelas públicas comunes o especiales, escuelas públicas de contexto desfavorable, 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.

³⁵ Este número incluye alumnos-as escuelas de tiempo completo, públicas comunes, escuelas especiales y escuelas públicas de contexto desfavorable.

2.1.5 Colonia de Vacaciones de Primaria (6 a 13)

Las Colonias de Vacaciones son instituciones creadas en el ámbito de Educación Primaria, dirigidas a la atención de alumnos-as provenientes de las escuelas públicas del país, que participan de pasantías con una duración de 15 días, en instituciones que tienen como objetivos brindar formación educativa, recreativa y de uso formativo del tiempo libre. Las tres colonias de vacaciones existentes dependen del CEIP de ANEP. No existe un criterio de diferenciación socioeconómica, pero para acceder al beneficio se debe tener entre 6 y 13 años y asistir a escuelas públicas de tiempo completo, escuelas públicas comunes o especiales, escuelas públicas de contexto desfavorable. La población beneficiaria es de 2.240.

2.2 Club de Niños: a través del INAU y por convenio (5 a 12)

Es una propuesta socioeducativa co-gestionada por el INAU y organizaciones de la sociedad civil o directamente por el Instituto, dirigida a niños y niñas, especialmente en condiciones de vulnerabilidad social. 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 apoyan no solo a los niños y niñas 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 de referencia a fin de ser un apoyo a contra horario, así como con otros programas del INAU, como por ejemplo el Programa Calle.

Es un programa de alcance nacional que funciona todo el año y tiene un diseño descentralizado sin autonomía financiera. Se brindan varias prestaciones, entre ellas alimentación. Este programa no tiene un criterio de distinción socioeconómica en el acceso, pero sí es necesario que las y los niños asistan a la escuela, en cualquiera de sus modalidades.

En la modalidad gestionada por el INAU, pueden acceder al programa niños de entre 6 y 12 años y el total de beneficiarios es de 284. En la modalidad por convenio, el criterio de edad es de 5 a 12 y el programa es coejecutado con el INDA, INAU y con las instituciones no estatales³⁶. Según datos de INAU (2010), en octubre de 2009 había 150 clubes de niños en todo el país (95 en el interior y 55 en Montevideo) que atienden a 10.008 niños.

2.3 Relaciones Intergeneracionales BPS, componente A: Proyecto Abuelo Amigo (4 a 18)

Este programa se propone generar espacios intergeneracionales que constituyan una respuesta a la situación de niños-as en riesgo social, a través de un servicio a la comunidad prestado por adultos mayores en calidad de voluntarios.

El programa es coejecutado entre el BPS, INAU y organizaciones sociales. El programa está presente en algunos departamentos del interior del país. Acceden niños-as de entre 4 y 18 años en contexto crítico y adultos mayores de 60 años de edad. Las personas mayores participan en forma voluntaria y son supervisadas con el objetivo de que cuenten con una estabilización emocional a fin de afrontar a 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 de 134 personas.

3. Prestaciones en especie: alimentación.

3.1 Programa de Alimentación Escolar (4 a 13)

³⁶ Según los datos del Repertorio para 2008 las instituciones que trabajaban por convenio eran 40 y los beneficiarios 4.715.

El Programa de Alimentación Escolar (PAE) tiene como finalidad contribuir al adecuado estado nutricional de los niños-as que concurren a las escuelas preescolares y escolares públicas. El PAE va más allá del servicio de comedor, ya que además de brindar almuerzos y/o desayunos y meriendas abarca áreas como las huertas orgánicas, la realización de censos de talla, etc³⁷. 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. Además mediante un convenio realizado entre CODICEN, Ministerio de Economía y Finanzas y la Cámara de Industrias Lácteas del Uruguay, desde el 2003 se brinda leche diariamente a la totalidad de los niños que asisten a las Escuelas Públicas del país.

El programa depende de la Dirección General del Consejo de Educación Primaria. 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. 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-as de entre 4 y 13 años de edad. No tiene un criterio de diferenciación socioeconómica pero para acceder al beneficio se debe asistir a centros educativos preescolares, escuelas públicas de tiempo completo, escuelas públicas comunes o especiales, escuelas públicas de contexto desfavorable. La población beneficiaria es de 255.030 personas.

3.2 Programa Alimentario Nacional (0 a 17), INDA

El Programa Alimentario Nacional (PAN) depende del Instituto Nacional de Alimentación (INDA) del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) y tiene por objetivo promover un adecuado estado de salud y nutrición a familias en pobreza extrema o riesgo nutricional mediante la complementación alimentaria. El programa tiene alcance nacional y se coejecuta con las Intendencias Departamentales de interior del país. El diseño del programa es descentralizado con autonomía económica y cuenta con equipos de supervisión regionales. El programa tiene dos modalidades:

3.2.1 Modalidad Riesgo Social – Tarjeta Alimentaria

Desde junio del 2009 la modalidad “canasta riesgo social” ha sido remplazada por una transferencia monetaria mensual mediante 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. El 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 puede acceder a artículos de limpieza e higiene. El monto que se transfiere a la tarjeta depende según el número de menores de 18 años o embarazadas que vivan en el hogar³⁸.

Los beneficiarios son niños-as de 0 a 17, 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 uruguayos. Se debe a su vez, presentar el carné de salud del niño-a y/o de

³⁷ El PAE atiende todas las escuelas de tiempo completo, donde los niños están en la misma desde las 08:30h hasta las 16:30h, así como todas las escuelas de contexto crítico. Los demás centros escolares donde funcionan comedores se determinan a partir de indicadores tales como hacinamiento, nivel educativo de la madre, desocupación de los padres teniéndose en cuenta además los datos obtenidos en el Censo Nacional de Talla Escolar realizado por la ANEP en el año 2002. http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:IGxB_YdqKTIJ:www.cep.edu.uy/index.php%3Foption%3Dcom_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

³⁸ 1 beneficiario: \$ 479, 2 beneficiarios: \$ 726, 3 beneficiarios: \$ 924, 4 o más \$ 1.287. Fuente: <http://www.mides.gub.uy/mides/text.jsp?contentid=3511&site=1&channel=mides>

embarazo con los controles en fecha, una constancia de estudio de los menores en edad escolar, entre otros.

3.2.2 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 kg. de leche en polvo extra por cada menor de 6 años y/o embarazada que integre el núcleo familiar.

Los beneficiarios son niños-as de 0 a 17, mujeres embarazadas o en lactancia en situación o en riesgo de desnutrición. El diagnóstico de riesgo está a cargo del sector salud. Para retirar la canasta se debe presentar el “Formulario de riesgo”, el carné de salud del niño y/o de embarazo con los controles en fecha, 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 los locales del INDA, mientras que en el Interior debe tramitarse en las Intendencias Municipales.

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 promedio en el año 2008 se entregaron 166.796 Canastas de Riesgo Social y 33.887 Canastas de Riesgo Nutricional. Es decir que en promedio se entregaron un total de 200.683 canastas por mes.

Promedio Canastas Riesgo Social y Riesgo Nutricional año 2008, INDA

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

3.3 Sistema Nacional de Comedores, INDA

Este servicio que depende del INDA brinda asistencia alimentaria a personas en situación de desventaja social a través de 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 proveyendo planta física, equipamiento, recursos humanos y alimentos. En la actualidad existen 10 comedores. En el interior del país, se instrumenta con el apoyo de las Intendencias Municipales, siendo responsabilidad de las comunas proveer las plantas físicas, el equipamiento y el recurso humano; por su parte el INDA envía bimestralmente 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 alimentos³⁹.

El programa tiene una población objetivo amplia, entre ella se incluye mujeres embarazadas o lactantes, niños-as pre-escolares (19 meses a 6 años) que no reciban asistencia alimentaria en guarderías públicas o privadas. También pueden acceder escolares (6 a 14 años) que concurran a

39 Fuente, Sitio web INDA : www.inda.gub.uy/index.php?view=article&catid=36%3Asnc&id=53%3Asnc&option=com_content&Itemid=59

escuelas que no poseen comedor escolar o que el mismo no tenga cupo debidamente certificado por la Institución, o escolares que durante el período de vacaciones su comedor permanece cerrado.

Para ser beneficiario del servicio de comedor se realiza un proceso de selección de los usuarios. Entre los criterios exigidos se encuentra tener el carné de asistencia del MSP, tener control pediátrico de los niños a cargo o control obstétrico para embarazadas, etc. Ingresado al Programa, cada usuario es portador de una tarjeta identificatoria en donde consta sus datos personales, tipo de servicio y vigencia del mismo, la que debe presentar cada vez que haga uso del servicio.

Los usuarios tienen derecho únicamente a una ingesta diaria por persona y el servicio es de lunes a viernes en Montevideo y de lunes a sábado en el interior del país. El usuario debe concurrir a almorzar al servicio alimentario. Sin embargo, mujeres embarazadas, niños pre-escolares, cuyo domicilio se encuentre ubicado a una distancia mayor de 15 cuadras, pueden acceder al servicio de vianda. Esta modalidad implica que la persona o adulto responsable retira la bandeja del comedor.

Según los datos del repertorio acceden regularmente a los comedores 12094 personas. No es posible identificar cuántos son niños-as o mujeres embarazadas o lactantes.

3.4 Programa de Apoyo a Instituciones Públicas y privadas, 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 biológica y socialmente vulnerables.

La modalidad de prestación es la asistencia alimentaria a través de un apoyo bimestral en víveres secos a organizaciones legalmente constituidas sin fines de lucro. También se realizan asesoramiento con el objetivo 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 la planta física.

Para el año 2008, 45.092 personas asistidas a través de AIPP. No es posible identificar cuántos son niños-as o mujeres embarazadas o lactantes.

4. Servicios de salud

4.1 Atención a la salud de la Niñez, ASSE (0 a 11)

La Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) desarrolla programas de atención integral en salud a niños-as de 0 a 11 diferenciados en el primer nivel de atención. La atención en salud de ASSE tiene cobertura a nivel nacional durante todo el año. El diseño es descentralizado pero sin autonomía económica. A su vez 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. El mismo establece tres categorías: atención gratuita, bonificado 1 y bonificado 2, definido por el ingreso e integrantes del núcleo familiar. Según el repertorio para el año 2008 230.332 niños de 0 a 11 años de edad se atienden en servicios de salud de ASSE.

4.2 Servicio Materno Infantil del BPS (0 a 10 y madres adolescentes)

El objetivo del programa es prestar atención integral a mujeres embarazadas y a niños-as beneficiarios-as de Asignaciones Familiares contributivas. El programa es ejecutado por la Gerencia de Salud del BPS 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 se brinda: (i) asistencia integral a la embarazada, asistencia del parto normal y patológico y puerperio, (ii) asistencia integral del recién nacido en capital e Interior hasta los 90 días, (iii) control del crecimiento y el desarrollo psicomotor de niños-as hasta los 6 años de edad en capital e Interior, (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 por objetivo contribuir a la inserción laboral de madres adolescentes de ingresos bajos con hijos que están siendo atendidos en los Centro Materno-Infantiles del BPS. El programa ofrece un sistema de apoyos económicos y sociales a fin de cubrir los costos que implican las capacitaciones locomoción, materiales de estudio, cuidados del hijo, apoyo docente, 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”⁴⁰.

Los beneficiarios de los diversos servicios son niños-as de 0 a 10 y sus madres. Para acceder al beneficio se debe ser ocupado formal, cónyuge o concubina del trabajador de la actividad privada sin derecho a una IAMC, ser hijo-a 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-as tienen que asistir de forma habitual a escuelas comunes o especiales, presentar la cédula de identidad de los menores de edad y realizarse controles periódicos de salud. La unidad del beneficio es intervención médica por lo que no se dispone de información sobre la cantidad de personas beneficiarias.

5. Prestaciones monetarias

5.1 Asignaciones familiares contributivas y del Plan de Equidad (0 a 18)

La *Asignación Familiar Contributiva*) es una prestación económica brindada por el BPS destinada a complementar los ingresos familiares del hogar de trabajadoras-es dependientes con menores a cargo. Se otorga desde el momento de 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) en los hogares con hasta dos niños. El mismo aumenta según la cantidad de hijos.

Son beneficiarios los hijos menores de 18 años de trabajadores-as 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 toda tarea remunerada; que continúan en educación primaria, perciben la asignación hasta el cumplimiento de los 16 años. También perciben AFC niños-as que padecen alguna discapacidad. Tienen derecho a la asignación de por vida, salvo que perciban pensión por invalidez, en cuyo caso si el beneficiario estudia, ésta 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-as y adolescentes a cargo, asistencia a centros educativos y controles periódicos de salud.

Los beneficiarios son algunos miembros del hogar, embarazadas, niños-as y adolescentes. Para el año 2008 la población beneficiaria alcanza las 221.456 personas.

La *Asignación Familiar- Plan de Equidad* tiene por objetivo brindar una prestación económica destinada a complementar los ingresos familiares de hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica con menores a cargo.

⁴⁰ Presentación “Seguridad Social y Equidad de Género”, BPS, Montevideo, junio 2009. Disponible en: www.bps.gub.uy/.../Conf.%20de%20E.%20Murro%20sobre%20Seg.%20Social%20y%20Mujeres%2025-06-09.ppt

Es una prestación monetaria mensual a embarazadas (prenatal), niños 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 por beneficiarios integrantes del hogar, (ii) \$ 300 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 y en caso de menores que estén en atención de tiempo completo en establecimientos del INAU el monto de la prestación mensual es de \$ 700⁴¹.

Otras condiciones para acceder al beneficio son: cédula de identidad de menores de edad, certificación de tenencia de niños-as y adolescentes a cargo, asistencia a centros educativos y controles periódicos de salud. Los beneficiarios son algunos miembros del hogar, embarazadas, niños-as y adolescentes. Para el año 2008 la población beneficiaria alcanza las 327.913 personas.

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, apoyo en la realización de trámites hospitalarios o actividades recreativas. Para acceder a estos beneficios es necesario ser funcionario o familiar directo de trabajadores de estos ministerios.

Otro caso es el INAU que brinda servicios de cuidados para niños-as que no cuentan con cuidados parentales. Un servicio a destacar es el Programa de la Unidad de Acompañantes Hospitalarios. Los niños-as 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 brinda un servicio de cuidadoras de hospital con cobertura durante las 24 horas del día. Para el 2008, la población beneficiaria de este servicio es de 290. A su vez, el programa Unidad Materno Infantil del INAU propone mediante centros brindar atención integral 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 a través del Centro de Estudio y Derivación del INAU y/o a través del sistema de INAU. El programa está presente solo en Montevideo y para el 2008 la población beneficiaria es de 210 personas de entre 0 a 18 años.

⁴¹ 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.

Anexo 4

Sobre servicios y prestaciones para el cuidado de los adultos mayores⁴²

1. Servicios de salud

1.5 Atención al Adulto Mayor, ASSE (65 y más)

La atención de la salud de las personas adultas mayores se brinda mediante los Hospitales y Centros de Salud de ASSE de todo el país, donde se implementan programas tales como envejecimiento saludable, nutrición, inmunización y prevención de enfermedades. 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 carnet de asistencia de salud pública. El mismo 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.

1.6 Específico: 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 el mejoramiento del bienestar social de los beneficiarios del Fondo Especial de Tutela Social (FETS) de las Fuerzas Armadas. En el área ancianidad se realizan acciones de mejoramiento del bienestar de las personas de 65 años y más mediante la adquisición o arrendamiento de hogares y residenciales, casas de salud, entre otros. En el área de apoyo a la salud se realizan inversiones para el suministro de alojamiento a los acompañantes radicados en el Interior del país, de los beneficiarios que se encuentran internados en el Hospital Militar central de las FFAA o de sus dependencias. Acceden a estos derechos los inactivos por edad de las FFAA (jubilados y pensionistas) que son beneficiarios del FETS. No se cuenta información sobre la cantidad de beneficiarios.

El *Servicio de Tutela Social Policial* depende de la Dirección Nacional de Asistencia Social Policial 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 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 realiza acciones de asesoramiento, apoyo y orientación intra y extra hospitalaria. Para acceder al beneficio se debe ser jubilado-a del servicio policial y realizar el pago de cuota. La población beneficiaria de los servicios de Tutela Social Policial es de 3.065 y del Departamento de Servicio Social del Hospital Policial es 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.

⁴² La información de este anexo se basa en la base de datos del Repertorio de Políticas Sociales 2008 del MIDES, y se complementó con información de los sitios web y consultas a las instituciones y con información de la Guía de Recursos del MIDES.

2. Prestaciones monetarias

2.1 Jubilaciones, 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 realizado aportes laborales por un período de 30 años como mínimo. Desde el año 2008 a las mujeres se les computa un año adicional de servicio por cada hijo nacido vivo o adoptado, con un máximo total de 5 años.

La Jubilación por edad avanzada es una prestación económica brindada a personas que no cumplan con los requisitos exigidos para la jubilación común. Acceden personas que tengan 65 años como mínimo y para esa edad la exigencia de años de servicio es 25. La cantidad de años de servicio se va reduciendo a medida que avanza la edad de jubilación hasta llegar a los 70 años de edad y 15 de servicio.

En relación a la población beneficiaria de estas prestaciones el total es 630.371 (diciembre, 2008). Esta cifra incluye: Jubilaciones 359.586, Pensiones 269.879 y Rentas Permanentes 906.

2.2 Asistencia a la Vejez, MIDES-BPS

Este programa tiene por objetivo amparar económicamente a personas de entre 65 y 70 años que no posean fuentes de ingresos para subvenir a sus necesidades vitales e integren hogares que presenten 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 personas entre 65 y 70 años de edad sin fuentes de ingreso o con ingresos inferiores al monto de la prestación. En este caso, el beneficiario percibe 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.

2.3 Pensión a la vejez, 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 hacer frente a sus necesidades, considerando ingresos de familiares obligados convivientes y no convivientes, de acuerdo a condiciones legales. Son beneficiarias las personas que tengan 70 años y más que no tienen capacidad contributiva o no le alcancen los años de trabajo para obtener derecho a la jubilación. El repertorio cuenta con el dato agregado de la población total beneficiaria de la pensión por vejez y pensión por invalidez. El mismo es 75.667 personas para el año 2008.

2.4 Pensión de sobrevivencia, BPS

Se trata de una ayuda económica, generada a partir del fallecimiento de un afiliado activo o pasivo y destinada a los deudos. Tienen derecho a la pensión, cumpliendo ciertos requisitos de ingresos y edad:

- Las personas viudas, hombre o mujer.
- Los hijos solteros menores de 21 años (o menores de 18 años si ingresan al mercado laboral).
- Los hijos mayores de 21 años absolutamente incapacitados para todo tipo de trabajo.
- Las personas divorciadas que perciben pensión alimenticia homologada judicialmente.
- Los padres totalmente incapacitados para todo tipo de trabajo.

Tratándose de beneficiarias viudas que tengan cuarenta o más años de edad a la fecha de fallecimiento del causante, o que cumplan esa edad gozando del beneficio de la pensión, la misma se servirá durante toda su vida. En el caso que los beneficiarios tengan entre treinta y treinta y nueve años de edad a la fecha del fallecimiento del causante, la pensión se servirá por el término de cinco años y por el término de dos años, cuando los mencionados beneficiarios sean menores de treinta años de edad a dicha fecha.

Los períodos de prestación de la pensión no serán de aplicación en los casos que:

- A) El beneficiario estuviese total y absolutamente incapacitado para todo trabajo.
- B) Integren el núcleo familiar del beneficiario hijos solteros menores de veintiún años de edad, en cuyo caso la pensión se servirá hasta que estos alcancen la mayoría de edad.
- C) Integren el núcleo familiar hijos solteros mayores de veintiún años de edad absolutamente incapacitados para todo trabajo.

El derecho a pensión se pierde por contraer matrimonio en el caso del viudo y personas divorciadas, por el cumplimiento de veintiún años de edad 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 cuarenta y cinco años de edad de aquellos beneficiarios por incapacidad, por mejorar la fortuna de los beneficiarios.

2.5 Órdenes gratuitas y descuentos en tickets para jubilados beneficiarios de afiliación mutua, BPS*

Las personas jubiladas beneficiarias de afiliación mutua por 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 tickets 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 tickets no utilizados en el mes quedan a disposición del afiliado quien puede hacer uso de ellos libremente, dentro de los doce meses siguientes.

2.6 Préstamos a jubilados y pensionistas para prótesis, BPS*

El BPS realiza 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 en general, audífonos y lentes. Son beneficiarios los jubilados y pensionistas que perciban hasta 10 BPC, así como beneficiarios de Asistencia a la Vejez, entre otros. El BPS presta hasta 6 veces el valor de la jubilación o pensión, y se fija un tope máximo de 40 BPC.

2.7 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.

2.8 Servicio de Retiros y Pensiones Policiales, Ministerio del Interior

Este servicio de retiros y pensiones policiales está encargado de gestionar los trámites de retiros y pensiones, realizando los cálculos correspondientes conforme a las causales determinadas del personal policial. El total de jubilados-as y pensionistas alcanzan las 1.357 para el año 2008.

3. Prestaciones en especie: alimentación.

3.1 Programa Nacional de Complementación Alimentaria para Pensionistas a la Vejez y por Discapacidad, 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 al mismo las personas beneficiarias de pensión a la vejez. Se debe presentar la cédula de identidad y el último recibo vigente del BPS en los locales de 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 para el año 2008 promedialmente 36.313 pensionistas recibieron las canastas. No se cuenta con el dato específico de cuántos son los beneficiarios que percibieron la prestación por ser beneficiarios de la pensión por vejez.

3.2 Sistema Nacional de Comedores, INDA

Este servicio que depende del INDA brinda asistencia alimentaria a personas en situación de desventaja social a través de 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 proveyendo planta física, equipamiento, recursos humanos y alimentos. En la actualidad existen 10 comedores. En el interior del país, se instrumenta con el apoyo de las Intendencias Municipales, siendo responsabilidad de las comunas proveer las plantas físicas, el equipamiento y el recurso humano; por su parte el INDA envía bimestralmente 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 alimentos⁴³.

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 de comedor se realiza un proceso de selección de los usuarios. Ingresado al Programa, cada usuario es portador de una tarjeta identificatoria en donde consta sus datos personales, tipo de servicio y vigencia del mismo, la que debe presentar 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 por persona 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 personas adultas mayores.

3.3 Programa de Apoyo a Instituciones Públicas y privadas, 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 biológica y socialmente vulnerables. La modalidad de prestación es la asistencia alimentaria a través de un apoyo bimestral en víveres secos a organizaciones legalmente constituidas sin fines de lucro. También se realizan asesoramiento con el objetivo 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 la planta física. Para el año 2008, 45.092 personas asistidas a través de AIPP. No es posible identificar cuántos son personas adultas mayores.

⁴³ Fuente, Sitio web INDA http://www.inda.gub.uy/index.php?view=article&catid=36%3A&id=53%3A&option=com_content&Itemid=59.

4. Vivienda.

4.1 Programa de vivienda y otras soluciones habitacionales para jubilados y pensionistas, BPS

El objetivo del programa es mejorar la situación habitacional y calidad de vida de jubilados y pensionistas de menores recursos. El BPS adjudica viviendas construidas por el Ministerio de Vivienda a jubilados y pensionistas. También se otorgan otras soluciones habitacionales como alternativas de vivienda a fin de contemplar las necesidades de las personas mayores beneficiarias y 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 está implementado para beneficiarios y aspirantes que ya ocupan viviendas del programa y su condición física les impide valerse por sí mismos. Luego de evaluada su discapacidad por un equipo técnico, se deriva a un Hogar de Ancianos sin fines de lucro, convenientes con BPS.

Son beneficiarias del programa las personas que perciban una jubilación o pensión del BPS y no tengan ingresos que superen las 12 U.R. (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 supere 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.

En el año 2008 se entregaron 59 viviendas en el interior del país, totalizando 5.676 unidades habitacionales desde el inicio del programa. En el mismo año también se adjudicaron 43 soluciones habitacionales compuesto por: 13 subsidios de alquiler y 30 subsidios cupo-cama en Hogares de Ancianos. Al 2008 se registran 7.750 adjudicatarios de todo el programa. Por otra parte, según otra información del sitio web⁴⁴ del BPS, la cantidad de viviendas entregadas desde 1990 a agosto de 2010 es 5.764, donde 2.514 fueron entregadas 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 país.

4.2 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 Montevideo. La misma es brindada y gestionada por la Intendencia Municipal de Montevideo. Pueden acceder los integrantes de hogares del departamento compuestos por uno o más jubilados o pensionistas, existiendo dos topes para la exoneración de este impuesto: en caso de que el ingreso del titular más el de su cónyuge (de haberlo) no superen los \$9.720; en caso de que el precio de la propiedad no supere \$341.000 con exoneración del 100% de la contribución o entre \$341.000 y 511.601, con exoneración del 50%.

4.3 Específico: Servicio de Vivienda Policial (soluciones habitacionales para inactivos por edad del Ministerio Interior)

Este programa busca que funcionarios-as policiales en actividad o retiro puedan acceder a una vivienda decorosa para sí mismos 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 entre otros los inactivos por edad (jubilados y pensionistas) vinculados al servicio policial en condiciones habitacionales específicas tales como vivienda ruinoso, inquilino con lanzamiento, situación de calle, entre otros.

⁴⁴ <http://www.bps.gub.uy/Jubilados/DO/SolucionesHabitacionales.aspx?menu=DOJubilados>

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.

5.1 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 realizan clases de educación física y actividades recreativas dirigidas a esta población en plazas de deportes del Ministerio en todo el país. No se cuenta con información sobre la cantidad de beneficiarios.

Anexo 5

Sobre servicios y prestaciones para el cuidado de personas con discapacidad⁴⁵

1. Servicios de cuidado para discapacitados: infancia

1.7 Escuelas Especiales, ANEP (5 a 15)

El programa promueve la educación de niños y adolescentes con discapacidades a través de dos modalidades: *escuelas especiales* y *talleres protegidos y ocupacionales*. La población beneficiaria son niños-as y adolescentes con discapacidades motrices, intelectuales, sensoriales o trastornos severos de conducta. El diseño del programa es central y tiene cobertura 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, luego de los cuales los alumnos ingresan a áreas especializadas en actividades pre-ocupaciones y ocupacionales ya sea en el marco de escuelas con atención específica como en escuelas comunes en las cuales se los integra al aula. Para ingresar a las escuelas especiales es necesario realizar un estudio psicodiagnóstico del niño-a o adolescente, el cual puede ser realizado en diversas instituciones internas o externas a ANEP, siempre que estén validadas por dicha institución. Las escuelas tienen un criterio de acceso por edad restringido a la franja 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 al mismo 7.778 personas en situación de discapacidad entre 5 y 15 años de edad.

1.8 Programa Transporte Escolar

El programa detallado en el apartado de Infancia tiene como una de las poblaciones objetivos niños-as con discapacidades, los cuales son trasladados hacia sus centros de enseñanza.

1.9 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 connatales sin límite de edad, beneficiarios-as de Asignaciones Familiares contributivas. El programa es ejecutado por el Departamento de Especialidades Médico Quirúrgicas (D.E.ME.QUI) del BPS 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.

Diariamente se atienden a este servicio alrededor 400 beneficiarios en consultas previamente agendadas y en consultas espontáneas⁴⁶. Las especialidades que cubre el BPS son: Cardiología Infantil, Cirugía Plástica, Cirugía Infantil o Pediatría, Dermatología, Endocrinología, Fisiatría, Gastroenterología, Hematología, Neumología, Neuropediatría, Neurocirugía, Oftalmología, Ortopedia, O.R.L (Otorrinolaringología), Pediatría Especializada, Psiquiatría y Urología⁴⁷.

⁴⁵ La información de este anexo se basa en la base de datos del Repertorio de Políticas Sociales 2008 del MIDES, y se complementó con información de los sitios web y consultas a las instituciones y con información de la Guía de Recursos del MIDES.

⁴⁶ <http://www.luzverde.com.uy/servicios-del-bps-para-personas-con-discapacidad/>

⁴⁷ Indicadores DE.ME.QUI 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 Neuropediatría : 17.011 Oftalmología: 14.278 Ortopedia: 7.457 Otorrinolaringología: 11.846 Pediatría: 1.104 Pediatría externa: S/D Psicología: S/D Psiquiatría Adultos: 1.988 Psiquiatría Infantil: 6.598 Urología: 7.052.

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 sea en Montevideo o 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 congénita⁴⁸.

1.10 Centros de atención de niños y niñas con discapacidad intelectual o motriz, INAU

Es un programa del INAU que busca potenciar el desarrollo del mayor grado de autonomía posible, promoviendo el desarrollo de la personalidad de niños-as discapacitados, considerando su familia. El programa es coejecutado entre el INAU, el INDA y la Intendencia de Montevideo. A su vez, convenia con 39 organizaciones sin fines de lucro. El programa es de alcance departamental (Montevideo), 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-as y adolescentes de 0 a 18 años de edad con discapacidad intelectual o motriz, a través del Centro de Estudio y Derivación del INAU o a través de la derivación desde otros servicios del sistema de INAU. El programa cubre 365 niños-as y adolescentes.

1.11 Programa Serenar, 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 pisco-neuro sensoriales de los lactantes y al seguimiento sistemático del niño hasta los seis años de edad. Actualmente, se desarrolla a través de ocho unidades de atención temprana en el país con equipos multidisciplinarios, con psicomotricistas, fisioterapeutas, psicólogos y pediatras.

Los beneficiarios son niños y niñas usuarios de ASSE que presenten algunos de los indicadores de riesgo y el médico tratante estima conveniente su derivación. El acceso al programa es posible por derivación del médico tratante, por dicha razón, es necesario el control de la salud del niño en cualquier dependencia de ASSE, para que, de presentarse indicadores de riesgo, la derivación sea efectuada por los técnicos pertinentes. Las ocho unidades de atención temprana están ubicadas: tres en Montevideo, en el Hospital Pereira Rossell, Centros de salud de la Unión y Cerro y cinco en el interior en el Hospital de Durazno, Maldonado, Salto, Tacuarembó y Treinta y Tres.

2. Programas para la atención de la discapacidad: Jóvenes y adultos

2.1 PROCLADIS (18 a 39)

El Proyecto de Capacitación Laboral de personas con Discapacidad (PROCLADIS) depende de la Dirección Nacional de Empleo del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Tiene como finalidad el incremento de las posibilidades de acceso al empleo de personas con discapacidad por medio de la capacitación. El alcance del programa es departamental, cubriendo el Departamento de Montevideo. El programa es coejecutado con 9 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 la supervisión.

Se realizan capacitaciones laborales a través de convenios con asociaciones sin fines de lucro, cada curso consta de 15 participantes. Pueden acceder personas discapacitadas de entre 18 a

⁴⁸ <http://www.luzverde.com.uy/servicios-del-bps-para-personas-con-discapacidad/>

39 años de edad, sin distinción socioeconómica. Se realiza un proceso de inscripción y de evaluación-selección por parte de los técnicos del programa. Teniendo en cuenta un conjunto de indicadores, el Equipo Técnico determinará su inclusión y la posterior asignación a los cursos que se dictan. Según el repertorio 83 personas son beneficiarias del programa en el 2008.

2.2 Ayudas especiales, BPS*

Las ayudas especiales es una asistencia los beneficiarios del sistema de pensiones por invalidez para el acceso a Institutos de rehabilitación y escuelas especiales. Las ayudas abarcan facilidades para la 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 el traslado del paciente 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/invalidez del BPS. El programa es de alcance nacional.

2.3 Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (CNRP)*

Es un Centro público extra hospitalario de rehabilitación psico-social, que trabaja con personas con trastornos psíquicos persistentes como la esquizofrenia, y otros. Brindan actividades vinculadas a la Psicología, Psiquiatría, Servicio Social, Terapia ocupacional, Expresión corporal, Música. Realizan reuniones familiares, psico-educación, actividades socio recreativas, seguimiento tras el egreso, capacitación prelaboral.

Acceden 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 trastornos donde el consumo abusivo de sustancias sea el problema principal. Para acceder al centro las personas deben estar compensadas y bajo tratamiento psiquiátrico. Para acceder es necesario presentar pase psiquiatra tratante y carné de asistencia de ASSE. El alcance es departamental (Montevideo).

2.4 Apoyo a los discapacitados auditivos, UDELAR (18 a 99)

Este programa tiene por objetivo democratizar la enseñanza facilitando el ingreso de discapacitados auditivos. Intérpretes de lenguas de señas son contratados por la Universidad a fin de que acompañen al estudiante discapacitado en todas las actividades que requiera la carrera elegida. Dicha opción es subsidiada por el Servicio Central de Bienestar Universitario a partir de un convenio marco firmado entre la UdelAR, Servicio Central de Bienestar Universitario y el Centro de Investigación y Desarrollo para las personas sordas (CINDE). Esta última, en conjunto con Bienestar, son los encargados de realizar los llamados 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. Para el 2008 se identifica 6 beneficiarios.

2.5 Plan de exoneración de contribución inmobiliaria para jubilados y pensionistas, IMM*

Es un plan de exoneración parcial o total de contribución inmobiliaria para Jubilados y Pensionistas. La misma es brindada y gestionada por la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM). Pueden acceder los integrantes de hogares de la ciudad de Montevideo compuestos por uno o más jubilados o pensionistas, existiendo dos toques para la exoneración de este impuesto, a saber: en caso de que el ingreso del titular más el de su cónyuge (de haberlo) no superen los (pesos uruguayos) \$9.720; en caso de que el precio de la propiedad no supere (pesos uruguayos) \$341.000 con exoneración del 100% de la contribución o entre (pesos uruguayos) \$341.000 y 511.601, con exoneración del 50%. La solicitud se realiza en los Centros Comunales Zonales (CCZ) entre el mes de junio y julio de cada año, debiendo presentar: Cédula de Identidad vigente, Recibo de BPS y Recibo de contribución. Cuando se solicita por primera vez, es necesario presentar el título de la propiedad.

3. Prestaciones monetarias por discapacidad

3.1 Asignación Familiar por discapacidad

La *Asignación Familiar Doble* dentro de las Asignaciones Familiares Contributivas es una prestación económica brindada por el BPS destinada a complementar los ingresos familiares del hogar de trabajadoras-es dependientes con niños-as discapacitados a cargo. Acceden al beneficio menores de 18 años a cargo de trabajadores dependientes con ingresos inferiores a 10 BPC o adultos-as 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- 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 cargo. El monto de la prestación es de \$1.000 pesos mensual⁴⁹. Para acceder a esta prestación se debe contar con una discapacidad y tener entre 0 a 18 años. A su vez este programa tiene un criterio de distinción socioeconómica: para acceder al beneficio se debe estar en una situación de vulnerabilidad económica y social.

3.2 Pensión por invalidez, 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 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 severa no se le efectuará relevamiento de ingresos e inmuebles propios o de su núcleo familiar.

No establece como requisito contar con años de trabajo o contribución previa. No obstante, 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 por invalidez el interesado deberá concurrir a las instalaciones del BPS y presentar un certificado médico que avale la discapacidad que tenga el solicitante. El repertorio cuenta con el dato agregado de la población total beneficiaria de la pensión por vejez y pensión por invalidez. El mismo es 75.667 personas para el año 2008.

3.3 Subsidio Transitorio por Incapacidad Parcial, BPS

El Subsidio Transitorio por Incapacidad Parcial del BPS tiene como objetivo amparar 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, sobrevenida en actividad o en períodos de inactividad compensada.

La prestación económica mensual es equivalente al 65% del sueldo básico jubilatorio. Para acceder al beneficio debe ser un contribuyente a la seguridad social y acreditar un mínimo de 6 meses de actividad los trabajadores hasta 25 años de edad, y los mayores de 25 requieren un mínimo de 2 años de actividad. Esta prestación se servirá 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 alcanza unas 1.343 personas.

⁴⁹ 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.

3.4 Jubilación por incapacidad total, 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 ser un contribuyente a la seguridad social y se exige:

- Los trabajadores hasta 25 años de edad, requieren un mínimo de 6 meses de actividad
- Los trabajadores de más de 25 años de edad, requieren 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.
- 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.

4.1 Programa de Apoyo a Enfermos Crónicos, INDA (0 a 99)

El Programa de Apoyo a Enfermos Crónicos (PAEC) tiene por objetivo contribuir a mejorar la situación alimentaria nutricional de personas con enfermedades crónicas, en tratamiento, cuya situación socio-económica sea desfavorable, a través de la entrega mensual de un complemento alimentario. El programa tiene un diseño central y es coejecutado entre el MTSS, el MSP, la ANEP, el INAU 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 por esta patología), otras patologías que invaliden para trabajar. El programa tiene un criterio de distinción socioeconómica. Otro criterio de acceso refiere a que los beneficiarios deben atenderse por los servicios de salud públicos así como presentar el certificado médico que acredite la patología y que indique además la incapacidad laboral transitoria o permanente.

En Montevideo la distribución de las canastas se realiza mensualmente en 5 locales fijos y dos locales móviles que posee el INDA. En el Interior, el enlace con el programa son las Intendencias Departamentales y su distribución se realiza cada dos meses. Acceden al beneficio 6.758 personas.

4.2 Programa Nacional de Complementación Alimentaria para Pensionistas por Vejez e Invalidez, INDA *

El Programa Nacional de Complementación Alimentaria para Pensionistas por Vejez e Invalidez brinda un complemento alimenticio a los ingresos percibidos por las pensiones correspondientes. El programa depende del INDA del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Acceden al mismo las personas beneficiarias de pensión a la vejez o discapacidad. Se debe presentar la cédula de identidad y el último recibo vigente del BPS en los locales de 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 para el año 2008 promedialmente 36.313 pensionistas recibieron las canastas. No se cuenta con el dato específico de cuántos son los beneficiarios que percibieron la prestación por su situación de discapacidad.

5. Programas para atención de la discapacidad en general.

5.1 Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado (CNHD) del MSP*

La Comisión Honoraria del discapacitado del MSP brinda servicios de consultas gratuitas sobre asesoramiento legal, transporte Adaptado para Personas con Movilidad Reducida, información sobre instituciones de y para personas con discapacidad. La sede está Montevideo pero cuenta con información a nivel nacional.

Dentro de sus prestaciones tiene un servicio de transporte “puerta a puerta”, adaptado para personas con movilidad reducida, realizado con vehículos especialmente adaptados, con rampas de acceso y equipamiento para asegurar un traslado seguro, orientado a personas usuarias de sillas de ruedas o que presenten otro tipo de discapacidad motora. El objetivo de este servicio es hacer posible el desplazamiento por la ciudad de aquellas personas que a raíz de su limitación no pueden utilizar los medios de transporte más comunes. Para aquellos que no tienen posibilidades económicas para adquirir un vehículo propio o alquilar un taxi o remise, y necesitan trasladarse a centros de salud, rehabilitación, trabajo, enseñanza o esparcimiento.

Los beneficiarios son personas que residan en el departamento de Montevideo, usuarias de sillas de ruedas o que presenten otro tipo de discapacidad motora que no les permita acceder a medios de transporte comunes por no estar estos 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 20hs. El traslado se debe solicitar telefónicamente con 24 horas de anticipación. El costo por traslado es \$70 para la persona y \$20 para el acompañante. El costo del traslado a los centros de Salud Pública y Hospital de Clínicas es \$40 (se deberá presentar carné de asistencia).

5.2 PRONADIS, MIDES

El objetivo del Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS) es mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, en especial aquellos que se encuentran en situación de pobreza y/o exclusión social mediante acciones que promuevan la inclusión de las mismas en la comunidad. Además de realizar políticas de transversalidad en el estado sobre la temática discapacidad, brinda algunas prestaciones. Se destaca el servicio telefónico de información sobre servicios y programas disponibles para las personas con discapacidad.

5.3 Programa Deporte para personas discapacitadas y programa Educación física, recreación y deportes, MTyD

El programa *Deporte para personas discapacitadas* tiene como fin ofrecer la posibilidad de prácticas deportivas a personas discapacitadas mediante la utilización de las plazas de deporte del Ministerio de Turismo y Deporte 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 a través de actividades deportivas la participación y vinculación de las personas con discapacidad con la comunidad, principalmente de niños y jóvenes, con las actividades al aire libre, donde el elemento lúdico recreativo es el insumo principal de la actividad campamental. El programa es coejecutado con el Consejo de Educación Primaria de 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 entre 6 y 45 años de edad. Tampoco se cuenta con información sobre la cantidad de personas beneficiarias.

5.4 Servicios Sociales para personas con discapacidad, BPS

El programa se propone procurar la integración social y laboral de las personas con discapacidad, promoviendo una efectiva equiparación de oportunidades y eliminación de barreras arquitectónicas. La unidad receptora del beneficio de este programa son instituciones sin fines de lucro que presten servicios para personas con discapacidad. Para acceder al programa las instituciones deben firmar un convenio de colaboración interinstitucional entre el BPS y la institución sin fines de lucro que brindan servicios sociales a las personas con discapacidad y debe estar inscrita 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 que son las personas con discapacidad.

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 propias encargadas del bienestar y los cuidados de la población trabajadora así como de sus familias.

La Dirección Nacional de Asistencia Social Policial (DNASP) 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-as menores de 18 años de funcionarios-as policiales activos o retirados. A su vez, el Servicio de Retiros y Pensiones Policiales que también depende de la DNASP 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 área de atención a la discapacidad. Por ejemplo se apoya el traslado de menores de 21 que sean discapacitados físicos o mentales a los centros de enseñanza, se colabora en la financiación de prótesis ortopédicas o sensoriales, entre otros.