

Grupo de Trabajo Interinstitucional

RENDICIÓN SOCIAL DE CUENTAS

ETAPA DE DEBATE

30 de agosto – 4 de noviembre
2011

**HACIA UN MODELO
SOLIDARIO DE CUIDADOS**

SISTEMA NACIONAL DE CUIDADOS



Grupo de Trabajo Interinstitucional

RENDICIÓN SOCIAL DE CUENTAS

ETAPA DE DEBATE

30 de agosto – 4 de noviembre
2011

**HACIA UN MODELO
SOLIDARIO DE CUIDADOS**

SISTEMA NACIONAL DE CUIDADOS



Presidencia de la República

Ministerio de Desarrollo Social

INFAMILIA

INMAYORES

PRONADIS

INMUJERES

Ministerio de Economía y Finanzas

Ministerio de Educación y Cultura

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

Ministerio de Salud Pública

Oficina de Planeamiento y Presupuesto

Instituto Nacional de Estadística

Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay

Administración de los Servicios de Salud del Estado

Banco de Previsión Social

Grupo de Trabajo Interinstitucional

Noviembre 2012

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

Fotografías: Inés Filgueiras/ MIDES



Contenido

Prólogo	7
<i>Cuando la gente se involucra en una política pública emergente</i>	
Síntesis	9
Debates Territoriales	
Infancia	23
Personas en situación de dependencia por discapacidad	41
Personas adultas mayores en situación de dependencia	49
Debates Centrales	
Infancia	61
Personas en situación de dependencia por discapacidad	77
Personas adultas mayores en situación de dependencia	83
LISTADO DE SIGLAS	89

Cuando la gente se involucra en una política pública emergente

Esta publicación reúne las relatorías de las consultas en el marco del proceso “Construcción del Sistema de Cuidados. Etapa de debate” que abriéramos en agosto de 2010 y que completáramos, en 31 instancias centrales y descentralizadas, en todo el país, en el plazo de tres meses.

Tras un proceso que convocó a actores públicos y privados, el camino hacia un Sistema Nacional de Cuidados –podemos decir– es una construcción colectiva.

Lo es desde la institucionalidad pública, a través de un numeroso Grupo de Trabajo que reúne a representantes técnico–políticos de las instituciones del Estado uruguayo que tiene que ver o bien con la regulación o bien con la prestación de servicios de cuidados.

Lo es desde la sociedad civil, en la medida en que de las consultas participaron cientos de profesionales y técnicos, cuidadoras y cuidadores remunerados y familiares, representantes de empresas, sindicalistas, parlamentarios, representantes de organizaciones de mujeres, de jubilados y pensionistas, y medios de comunicación.

Las formas son, en este caso, contenidos. Una construcción que toma la perspectiva de derechos humanos como principio –uno que reconoce en las personas sujetos de derecho y no objetos de asistencia– debe necesariamente recurrir en su definición a la participación social.

Las consultas, en su cantidad y su calidad, nos permitieron, entre otras cosas: el reconocimiento de la diversidad y complejidad de intereses de los actores en este campo emergente de política pública; el conocimiento cercano de la realidad local, las preocupaciones de las familias de las personas dependientes, la necesidad de generar redes entre los actores locales; la convicción que no estamos ante una “moda” sino ante una necesidad sentida de la población, ratificada por la presencia de más de 3.000 personas en el conjunto de instancias abiertas; la necesidad de que las y los cuidadores sean una cuarta población objetivo de nuestras acciones, que su cuidado y auto–cuidado también sea una preocupación central de la política pública, junto con la regulación, capacitación y valorización de su tarea.

Cuando la gente se involucra en una política pública emergente, en formación, ésta adquiere algo que ni la política ni la técnica, por sí solas, pueden dar: legitimación social.

Las relatorías aquí contenidas, aprendizaje del proceso, informaron el documento que el Grupo de Trabajo en Sistema de Cuidados remitió al Consejo Nacional de Políticas Sociales –y, este, al Gabinete Social– y al que llamamos “Hacia un Modelo Solidario de Cuidados. Propuesta para la construcción del Sistema Nacional de Cuidados”.

Esta publicación, junto con la recién mencionada, son parte de la devolución del Grupo de Trabajo a los actores que se sintieron convocados a aportar en este proceso.

Vaya nuestro abrazo, sentido, a las y los servidores públicos que hicieron posible que este proceso de consulta pudiera llevarse a cabo. Sinceramente, gracias.

Andrés Scagliola

Director Nacional de Política Social
Ministerio de Desarrollo Social



1. INTRODUCCIÓN

El presente documento es una puesta a punto sobre la etapa de debate del *Sistema Nacional de Cuidados* (SNC), realizado en Uruguay entre los meses de setiembre y noviembre de 2011. Da cuenta del proceso y resultados alcanzados, además de sintetizar las necesidades y propuestas desarrolladas en las distintas instancias de trabajo, con un capítulo sobre aprendizajes a destacar, al final del proceso.

En cada uno de los documentos base, elaborados para cada población priorizada por el SNC, se incluyen los principales contenidos de los debates por temática.

El material para la elaboración de este documento se basa en las relatorías realizadas por los consultores contratados, a tales efectos, para las consultorías de Montevideo y el interior del país.

El proceso de debate para la construcción del SNC –inaugurado el 30 de agosto de 2011 en la Torre de las Telecomunicaciones de Antel– se desarrolló a lo largo de todo el país, en cada una de las capitales departamentales.

Se realizaron nueve debates a nivel central, tres por población priorizada (infancia –con énfasis en niñas y niños de cero a tres años–, personas con discapacidad dependientes, y personas adultas mayores en situación de dependencia).

El Grupo de Trabajo, a cargo del diseño del Sistema de Cuidados, definió como una de las estrategias fundamentales generar un proceso de participación ciudadana que cubriera todo el territorio nacional. Esta estrategia fundamentalmente se basa en el convencimiento de que:

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

2. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL PROCESO DE DEBATE

Objetivos generales

1. Sensibilizar a nivel nacional sobre el Sistema de Cuidados.
2. Favorecer la democratización de la información, descentralización y participación ciudadana.
3. Generar mecanismos que permitan la inclusión de las realidades locales en la propuesta de Sistema de Cuidados que se defina.

Metodología

La estructura de los encuentros fue diferente en los debates desarrollados en Montevideo de aquellos que se realizaron en el Interior.

En la capital se realizaron tres espacios de trabajo diferenciados, y en cada uno de ellos, tres reuniones. En ese sentido, fueron tres reuniones para el trabajo sobre primera infancia, tres para personas con discapacidad y tres para personas adultas mayores. En las mismas, se realizó la presentación del documento base, comentarios de expertos nacionales e internacionales, y en las dos últimas se abrió la discusión sobre las propuestas y posibles alternativas de diseño del Sistema, tanto en términos de institucionalidad como de financiamiento. Cada instancia de trabajo contó con el apoyo de un relator y moderadores que condujeron el debate. Los moderadores fueron representantes de las agencias del Sistema de Naciones Unidas en Uruguay. En primera infancia fueron UNICEF y PNUD; en personas con discapacidad, ONU Mujeres; y en personas adultas mayores, UNFPA.

En el interior, se realizaron jornadas de cuatro u ocho horas en las que hubo una breve presentación del documento conceptual sobre el SNC y luego los y las participantes tuvieron la posibilidad de inscribirse a uno de los tres talleres diferenciados por población (primera infancia, personas con discapacidad o adultos mayores). En los mismos se realizó una breve presentación del documento base y luego un espacio de debate sobre el estado de situación de los cuidados a nivel local, así como las posibilidades de implementación y propuestas. Los talleres estuvieron a cargo de integrantes del Grupo de Trabajo del SNC, y en especial de los institutos y programas del MIDES con especialidad y competencia en el tema.

3. RESULTADOS DE PROCESO DE DEBATE

A nivel departamental se realizaron en total 22 debates locales, 18 en las capitales departamentales, tres en las tres zonas de Montevideo (este, oeste y centro) y uno más en Pando, en el cual se reunieron a su vez a las organizaciones, actores políticos y sociales de la Costa de Oro, siendo este el cierre de los debates, el 4 de noviembre de 2011. Los debates para la construcción del sistema se realizaron en simultáneo a lo largo de todo el país, en el período de dos meses.

Debates territoriales

Fue así que se generó un espacio importante de debate para la construcción de una nueva política pública con los insumos que se brindaron tanto a nivel local como central.

En los debates locales por momentos se dificultó centrar la discusión en los temas que refieren a la construcción específica del Sistema de Cuidados, dejando claro que no se estaba discutiendo todas las problemáticas de la discapacidad, ni de la infancia, ni de las personas adultas mayores, sino lo que refiere específicamente a los cuidados. Sin embargo, en la mayoría de los casos se logró construir colectivamente la conceptualización de qué son los *cuidados*, y asimismo, se logró diferenciar desde lo conceptual la definición de *cuidados*, de la de *salud* y *educación*, como de otras políticas estructurales.

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

Es preciso tener en cuenta que generalmente se utiliza mucho tiempo en marcar las necesidades locales, y por tanto, al momento de buscar las posibles soluciones a la problemática, puede suceder que el tiempo restante sea muy escaso.

Debates centrales

En el caso de los debates centrales, la construcción colectiva del concepto de *cuidados* se logró paulatinamente, por un lado porque se realizaron tres debates sobre una misma población y por otro lado por la distancia entre ellos. De esta misma manera, en las tres poblaciones se pudo avanzar en propuestas más generales, teniendo en cuenta que luego se le deben realizar los cruces con las particularidades territoriales.

Participación en los debates

Instancia	Participantes totales	Organizaciones totales
Lanzamiento	334	–
1° Debate Central	303	179
2° Debate Central	305	145
3° Debate Central	263	115
Debates Territoriales	2085	1363
TOTALES	3290	1802

4. ANÁLISIS DEL CONTENIDO DE LOS DEBATES

Considerando la amplia información que se plantea en los documentos de relatoría de los debates realizados, en el presente informe se hace un análisis de los contenidos considerando los siguientes ejes:

1. Núcleos emergentes coincidentes.

- La dimensión de los afectos en los cuidados.
- La dimensión cultural de los cuidados.
- La dimensión de género en los cuidados.

2. Propuestas de servicios.

- Personas con discapacidad.
- Primera Infancia.
- Personas Adultas Mayores.

3. Diseño y regulación.

4. Cuidadores.

Núcleos emergentes coincidentes

- Valorización del *espacio de debate* y trabajo sobre el SNC, con amplia participación y descentralización (necesidades de espacios de escucha, cercanía e intercambio).
- Pertinencia de ajustar las propuestas a la especificidad de las realidades locales.
- Necesidad de *diferenciar las distintas políticas sectoriales del SNC*, en especial las que corresponden a salud (en el caso de personas con discapacidad y adultos mayores) y a educación (en referencia a primera infancia) de lo que respecta específicamente al Sistema de Cuidados.
- Insistencia en la *universalidad del SNC* [Montevideo, Rocha, Artigas].
 - “que tenga en cuenta la cobertura de aquellas personas que se encuentran en los quintiles intermedios de ingreso y que actualmente no son cubiertas por los servicios existentes pero que tampoco pueden pagárselos en el mercado”.

- “no asociado a la pobreza o tasa de empleo”.
- Exigir copago o contrapartida a los subsidios y beneficios que el Estado otorgará a las familias, a fin de generar el compromiso por la educación y formación de niños y niñas (participación en talleres de formación, etc.) [San José, Flores].
- Establecer el rol del tercer nivel de gobierno en el futuro SNC.
- Necesidad de *estudios* en especial en personas adultas mayores y en personas con discapacidad dependientes que permita una mayor precisión en el diagnóstico de situación de algunas dificultades identificadas.
- Importancia de no crear nuevos servicios que no sean estrictamente necesarios, e importancia de realizar *articulación básica de los servicios existentes*. Fortalecer el trabajo en redes, mejorar la información y articulación entre los servicios. Optimizar recursos. Falta de articulación entre público–privado y público–público [Rocha, Rivera, Artigas, Canelones, Cerro Largo, Montevideo]. En varios de los debates –en especial en adulto mayor y discapacidad– se propone la necesidad de contar con guías de recursos locales en esta población para facilitar la información y el acceso a los servicios. Considerar las situaciones diferentes de Ministerio del Interior y Ministerio de Defensa [Lavalleja, Montevideo, Rocha].
- En primera infancia se identifica la necesidad de *ampliar la cobertura de los centros CAIF* (en horarios y cantidad de centros) y se plantea como dificultad la falta de espacios físicos para concretar esta ampliación [Salto, Soriano].
- Las propuestas de *licencias* por enfermedad o controles de niños y niñas surge en la mayoría de los debates. Trato igualitario a madres empleadas, empresas unipersonales y para empleadas públicas y privadas, en referencia a los beneficios de la licencia. Implementar un sistema de tiempo libre para cuidadores de personas con discapacidad.
- En los debates de personas con discapacidad y en los correspondientes a personas adultas mayores, se planteó como base fundamental para el diseño del SNC la *creación de un baremo único* que permita discriminar los grados de dependencia, permitiendo adecuar las propuestas, optimizando las ya existentes y creando nuevas.
- Identificación de la *población rural* y de aquella que vive en zonas de difícil acceso, como uno de los colectivos más vulnerables en las tres poblaciones priorizadas. [Rocha, Florida, Artigas, Río Negro].
 - “Las personas adultas mayores en situación de dependencia y que viven en zonas rurales (...) sufren el desarraigo cuando los sacan de sus hogares y de su comunidad para ser institucionalizados”.
 - “Preocupación por los trabajadores rurales viejos” y la falta de transporte público.
- Se coincide en varios de los debates en la debilidad que presenta el *control en los servicios* y de las personas a cargo de los cuidados [Rivera, San José, Rocha, Canelones, Artigas, Cerro Largo, Treinta y Tres].
- Falta de *prevención y promoción de la salud* para lograr mayores grados de autonomía y retrasar la dependencia, y en el caso de primera infancia, trabajo desde el embarazo y en coordinación con *Programa Aduana* y proyectos de cercanía [Rocha, Lavalleja].
- Mejorar el acceso a servicios de *recreación, turismo social y otros*, en especial para los cuidadores de personas adultos mayores y discapacidad.

a. La dimensión de los afectos en los cuidados

- Tangencialmente, también se señaló la necesidad de “desnaturalizar los cuidados” de hijos e hijas con discapacidad, discusión que resulta particularmente relevante en el caso de las mujeres, principales encargadas de las tareas de cuidados. En tal sentido, se señaló la necesidad de plantear abiertamente cuáles son las necesidades de los familiares que cuidan, y en el caso de la construcción de un Sistema de Cuidados que implique, por ejemplo, la ampliación de los servicios públicos de atención diurna y su utilización sin “culpas” por parte de las familias. Estos servicios deben ser conceptualizados como servicios de “alivio” para las familias y ello no implica negar el afecto” [Montevideo].
- En el caso de las personas adultas mayores, el tema del desapego de la familia influye en su males-

tar. Al ir a un residencial los adultos mayores sienten que la familia se quiere deshacer de ellos. El apoyo y los cuidados debe implicar a la familia [Canelones].

- Situaciones de desamparo ante violencia que se ejerce en el hogar y en instituciones.
- Cómo se incluyen las condiciones ambientales y especialmente la afectividad en el cuidado de los niños [Montevideo].

b. La dimensión cultural de los cuidados

- Adaptación de los servicios (en las tres poblaciones) a las características de las familias: estructuras, tipo de servicios, horarios que sean adecuados a las realidades del empleo y dinámicas familiares. Incluir servicios para los fines de semana y verano.
- Sensibilización sobre los cuidados específicos que requieren los niños y niñas, las personas con discapacidad y las personas adultas mayores.
- Sensibilización en centros educativos, presencia del varón en el cuidado y el lugar de la mujer.
 - “Se generan resistencias a recibir cuidados domiciliarios por personas que no sean familiares” [Florida].
- Difusión a través de los medios masivos de comunicación de la temática de los cuidados, generando una estrategia de *marketing social*.
 - “Necesidad de concientizar a las familias” [Rocha].
- No hay división clara entre las tareas domésticas y de cuidado.
 - “Se contrata personas para trabajo doméstico y terminan haciendo tareas de cuidados para las cuales no están preparadas ni son remuneradas” [Canelones].
- Revalorización del “placer del cuidado” [San José].

c. Sobre la dimensión de género

- Concepción de la corresponsabilidad dentro los hogares [Florida].
- Presencia del varón en el cuidado, lugar de la mujer [Melo, Tacuarembó].
- Roles de género y trabajo no remunerado.
- Fuerte carga de género en el cuidado doméstico [San José].
- Concientización de la sociedad para que se incluya a los hombres en las tareas de cuidados. Las mujeres tienen que “dejar el espacio” para la corresponsabilidad. [Colonia, Florida].
- Consideración de las diferencias de género que redundan en la dificultad de acceder a presentaciones económicas dignas, que garanticen la independencia económica como plataforma para la independencia [Artigas].
- En las propuestas de licencias realizadas en la mayoría de los debates de primera infancia se destaca, en algunos de ellos, la necesidad de garantizar el uso de las mismas por parte de varones y mujeres.

Propuestas de servicios

a. Personas con discapacidad

- Necesidad de mejorar la información que brinda el Estado respecto a los servicios y actividades existentes para las personas con discapacidad [Montevideo].
- Mejora de los sistemas de control de servicios y prestaciones [Treinta y Tres].
- Respecto a los servicios de cuidado fuera del hogar, se señaló la necesidad de ampliar los centros de atención diurna. Asimismo, se mencionó que estos centros podrían estar regionalizados para captar mejor las realidades locales. Además de la ampliación, deberían adecuarse los servicios existentes en estos centros, dotándolos de equipos interdisciplinarios, capaces de responder a la diversidad de discapacidades existentes.
- Generación de propuestas de “respiro” para los familiares a cargo del cuidado y de las personas con discapacidad.
- Aplicación de protocolos de actuación a nivel territorial.
- Instrumentación de servicios de cuidadores que complementen a los asistentes personales (cuida-

dores/as a domicilio) [Montevideo, Flores, Cerro Largo].

- Servicios de curatela para personas con discapacidad que pierden a sus familias. Atención de las personas con discapacidad que no tienen redes familiares es un asunto a tener en cuenta [Montevideo, Flores, Cerro Largo].
- Creación de centros de cuidados de verano.
- Para las personas con discapacidades moderadas se mencionó la necesidad de proveer ayudas tecnológicas, teleasistencia y líneas telefónicas de información, similares a los “call centers” [Montevideo]. Inclusión de tecnología para la asistencia a domicilio en caso de situaciones críticas y de emergencia [Durazno].
- Respecto a los servicios dentro del hogar, se debatió respecto a las transferencias monetarias para las personas discapacitadas en tanto contribución universal, a la que se accede solo en función del diagnóstico.
- Asimismo, se planteó el apoyo para los gastos de transporte y específicamente la universalidad del acceso al mismo.
- Creación de un Centro de Rehabilitación Integral, con actividades lúdicas, talleres, deportes, musicoterapia, entre otras, de carácter público y gratuito. Creación de servicios recreativos vinculados al deporte.
- Necesidad de reglamentar la Ley de Discapacidad.
- Creación de centros de información y referencia –departamentales y regionales– para la atención de las personas con discapacidad y sus familias, que cuenten con equipos completos de profesionales y técnicos [Rivera].
- Exoneración de impuestos para insumos médicos [Rocha].

b. Primera infancia

- Extensión de la cobertura y horario de Plan CAIF [Artigas, Rocha].
- Licencias parentales: Igualdad de licencias a padres o madres para concurrir con los hijos a médicos, rehabilitación, etc. Ampliación de las licencias a las personas que estudian [Montevideo, Rocha, Salto, Cerro Largo, Treinta y Tres, Rivera]. Contemplar las realidades locales para las licencias, considerando zafras y características del empleo a nivel local [Maldonado].
- Propuestas de cuidados en el hogar [Río Negro]. Cuidadores a domicilio [Flores].
- Servicios para los fines de semana y con horarios flexibles [Colonia].
- Extensión de los derechos también en el caso de niños adoptados [Salto].
- Generación de ofertas para los diversos tipos de población [Artigas].
- Servicios en centros de estudio (por ejemplo en los liceos, UTU, universidades, para hijos de docentes, funcionarios y alumnos), y en lugares de trabajo [Colonia, Cerro Largo, Treinta y Tres].
- Ampliación y flexibilización de los horarios de los servicios. Equipos–CAIF móviles [Tacuarembó, Treinta y Tres].
- Generación de propuestas integrales desde lo local, armando entramados institucionales que favorezcan el cuidado hacia el niño pero también hacia la familia y/o el adulto referente [Montevideo].
- Trabajo más directo con las instituciones privadas [Montevideo].
- Creación de figuras de apoyo (“aldeas de cuidados”), contando con referentes y agentes comunitarios. Creación del rol del acompañante familiar como referente de apoyo en la tarea de cuidado (tomar ejemplo de Suecia) [Montevideo].

c. Personas adultas mayores

- Acompañamiento a domicilio a personas adultas mayores dependientes para apoyo en las actividades de la vida diaria. Instrumentación de un sistema de atención en domicilio cuando la persona tenga dificultades para movilizarse. Falta de un servicio que brinde cuidados en domicilio en situaciones crónicas de dependencia [Soriano, Durazno, Río Negro].
- Creación de centros diurnos [Durazno].
- Generación de respuestas focalizadas en Centros de día y Hogares sustitutos [Cerro Largo].

- Viviendas tuteladas, utilización de hoteles abandonados, viviendas adaptadas, hogares seguros con accesibilidad [Montevideo, Canelones, Durazno, Tacuarembó].
- Alternativas a la institucionalización (“agente multifunción”) que cumpla tareas sencillas de cuidados y “enfermeros itinerantes” [Florida].
- Programas intergeneracionales y voluntariado. Formación de brigadas que lleguen a las personas más alejadas. Creación de un “banco de horas” de cuidado a nivel de la comunidad, a través del trabajo voluntario y apoyo intergeneracional a nivel barrial.
- Sistema de familias sustitutas para las personas adultas mayores que no puedan permanecer en el hogar [Paysandú].

Diseño, institucionalidad y regulación

- Creación de un sistema al estilo del FONASA, atendiendo la capacidad de aporte y las necesidades de las familias [Colonia, Tacuarembó].
- Gestión de un seguro de cuidados con aportes previos a la etapa de envejecimiento, pero con una base solidaria y de administración local [San José].
- Prestación económica que se le pueda transferir a las familias con menores a cargo para poder pagar la cobertura pública o privada de atención a sus hijos menores, régimen semejante al actual Sistema de Salud. Generación de un sistema de deducción de impuestos que permita a la familia beneficiarse con exoneraciones en su carga impositiva al momento de decidirse por un servicio de cuidados. Exoneración de aportes patronales (cuota anual) siendo absorbidos por el Estado. Para el cuidado en el hogar instrumentación de copagos [Tacuarembó, Colonia, Flores, San José].
- Se considera prioritaria la competencia de un instituto único que regule las políticas que se dirigen a nivel del Estado para las personas mayores [Cerro Largo].¹
- Creación de una secretaría de discapacidad en la Intendencia [Treinta y Tres].
- Mayor control estatal de los servicios existentes. Ampliación y flexibilización de los servicios existentes [Durazno, Canelones, Artigas].
- Creación de una “ventanilla única” respaldada por redes que permitan unificar los lugares donde se recibe atención, información y orientación [Colonia, Cerro Largo].
- Exploración del recurso de la responsabilidad social empresarial. Impulso a alianzas público–privado y Estado–OSC.

Cuidadores/as

- Posibilidad de reconocer o acreditar los años de cuidados a familias en el hogar ante el BPS. Jubilación anticipada para adultos mayores o personas con discapacidad.
- Que los cuidadores y cuidadoras se constituyan en cooperativas sociales, recibiendo formación para la tarea y respaldo institucional del MIDES, supervisados y contratados en forma legal, cumpliendo con la normativa vigente [Tacuarembó].
- Formación específica para cuidadores. Necesidad de formación para el cuidado en las tres poblaciones específicas y para el cuidado en instituciones y en domicilio, tanto a nivel público como privado.
- Necesidad de crear una formación específica para los cuidadores [Rocha].
- Descentralización de la formación.
- Bonificación a trabajadores que atienden a discapacitados (años fictos y jubilación) [Montevideo].
- Legislación, generación de la categoría laboral de cuidador fuera del trabajo doméstico. Reglamentación del rol del cuidador, de las instituciones prestadoras y del perfil del destinatario [Salto, Rocha].
- Respiro de cuidados desde la persona con discapacidad hacia la familia, así como desde la familia con respecto a la persona con discapacidad [Soriano].
- Registro único público de cuidadores calificados [San José, Flores].
- Creación de equipos de apoyo a los cuidadores [Montevideo, Flores].

1. A partir del 1 de enero de 2012 entró en funcionamiento el Instituto Nacional del Adulto Mayor (Inmayores)

- Apoyo a las familias: talleres de sensibilización e información para padres, madres, tutores, familias y vecinos [Artigas].
- Articulación entre salud, cuidados y recorrida de las familias [Soriano].
- Implementación de un sistema de tiempo libre para las y los cuidadores, acceso al plan de Turismo Social (“cuidar a los que cuidan”) [Tacuarembó].
- Creación de un centro de referencia regional que cuente con personal que realice orientación y derivación a familiares y personas con discapacidad [Treinta y Tres].

Otros apoyos a los cuidados

Las acciones identificadas como “apoyos a los cuidados” son aquellas que implican potenciar o ampliar las líneas de trabajo ya existentes en otros servicios y que no son estrictamente cuidados, pero que sí garantizan mejores cuidados a las personas dependientes.

- Equipos de apoyo a las familias.
- Fortalecimiento de las acciones de prevención en la salud.
- Apoyo de los equipos técnicos al seguimiento de las situaciones de abuso económico con adultos mayores y personas con discapacidad (solicitudes de préstamos, pensiones, prestaciones).
- Programas de inclusión escolar y laboral en especial para las personas con discapacidad.
- Garantía de accesibilidad: transporte desde las localidades a las capitales departamentales o en los lugares donde existan servicios [Río Negro].
- Viviendas con accesibilidad [Montevideo].
- Apoyo del Poder Judicial en el caso de abuso de dependientes.
- Mejora de la articulación con salud mental para las personas adultas mayores con problemas psiquiátricos. Creación de centros de atención para personas en estas situaciones [Rivera].
- Servicios accesibles de recreación y vacaciones.
- Acceso especial a servicios públicos para personas totalmente dependientes, como los brindados por UTE, OSE y ANTEL [Rivera].
- Apoyo a las familias que cuidan personas con discapacidad mediante talleres, web, y otros servicios de apoyo.

Aprendizajes

Diseñar un Sistema de Cuidados implica una transformación en la concepción de la corresponsabilidad en el cuidado, tanto en los hogares, como entre el Estado y el mercado. En ese sentido, el debate refleja varias líneas de trabajo que apuntan hacia ello.

El proceso de debate implicó la puesta en práctica de los siguientes principios:

- **Interinstitucionalidad.** Mediante una metodología de trabajo que permitió diseñar el debate desde el Grupo de Trabajo del SNC y luego implementarlo con actores de cada organización en el territorio.
- **Participación ciudadana.** Los debates marcaron una forma de construir las propuestas a partir de las necesidades y características locales planteadas por los actores que participaron en cada territorio.
- **Descentralización.**

Las propuestas planteadas generan desafíos importantes en términos de:

- Generación de propuestas universales, dando soluciones a los más vulnerables. Estos criterios podrán dar respuesta al déficit de cuidados que reciben las personas según su grado de dependencia.
- Acceso de servicios a todas las personas, considerando el acceso económico y geográfico.
- Promoción de los servicios existentes, mejorando la articulación y acceso.
- Creación de nuevos servicios y propuestas, basados en las particularidades de las poblaciones y las realidades locales.
- Definición del diseño del SNC en términos de institucionalidad, financiamiento y regulación.

DEBATES TERRITORIALES



GABRIELA ETCHEBEHERE

A continuación se presenta una síntesis de las relatorías realizadas en los debates por departamento. Se incluyen datos aportados por los participantes que hacen al estado de situación, así como a obstáculos y potencialidades. Finalmente, se señalan las propuestas planteadas.

1. ARTIGAS

Recursos actuales

- 13 CAIF.
- 1 centro diurno.
- Socat Grupoca, Nodos Familia, Mesa Interinstitucional, MCZ, Nodos, Convenio ASSE, CAIF, INFAMILIA.

Obstáculos

- Dificultades en transporte en el área rural.
- Falta de recursos en equipo multidisciplinario de ANEP, ya que existen solamente dos licenciados en Psicología y una licenciada en Trabajo Social, para atender a 12 mil niños en el departamento.
- Falta de coordinación y comunicación entre las instituciones.
- Falta de intercambio entre las localidades de Artigas y Bella Unión.
- Escasa oportunidad laboral en todo el departamento, principalmente en la zona rural de Baltasar Brum y Tomás Gomensoro (trabajo no remunerado). Falta de capacitación para acceder a mejores trabajos.
- Falta de recursos humanos con formación en primera infancia.
- Falta de talleres sobre límites a los referentes adultos.
- Ausencia de cuidados al cuidador.

Propuestas

- Extensión de la cobertura del Plan CAIF, cambio de los tipos de todos los centros ya existentes y creación de nuevos en todo el departamento. En el diagnóstico se comprueba la falta de cobertura en primera infancia. Generar oportunidades de cuidados a las familias que desean ser los protagonistas en el cuidado de los niños.
- Generar ofertas para los diversos tipos de población (por ejemplo, clase media trabajadora).
- Capacitar a referentes en cuidados en primera infancia.
- Estrategia: Cuidados–Educación–Educación–Cuidados.
- Plantear nuevas actividades, talleres para la inserción de las mujeres.

- Contar con mayor número de equipos multidisciplinarios en las instituciones del Estado.
- Generar más espacios de intercambio entre ciudad de Artigas, Bella Unión y zona rural.
- Aumentar el período de licencia por maternidad y paternidad en el área pública y privada, siendo igualitaria en ambos sistemas.
- Fortalecer la sociedad civil para administrar centros CAIF.

2. FLORES

Recursos actuales

- 5 centros CAIF (con experiencias de estimulación oportuna y sala maternal piloto en algunos centros).
- Hogar Diurno de INAU con 40 cupos desde recién nacidos.
- 7 guarderías privadas con atención desde recién nacidos.
- Capacitación de CENFORES.
- Convenio ASSE–CAIF.
- Plan Aduana.

Potencialidades

- Funcionan adecuadamente las redes de sostén social. El conocimiento de cada vecino entre las familias permite muchas veces que sea este el medio para cubrir la falta de cuidados ante una eventualidad.
- Equipos de apoyo o de trabajo multidisciplinario en centros CAIF y algunos centros privados.
- Experiencias piloto de sala maternal en algunos CAIF.
- Talleres ASSE–CAIF.
- En el marco del Plan Aduana, se realiza un control exhaustivo de todos los recién nacidos, se los monitorea invitándolos a participar del taller de experiencias oportunas del CAIF.
- Desde el Plan Aduana se realiza un control exhaustivo de todos los recién nacidos en ASSE donde se los monitorea invitándolos a participar del taller de experiencias oportunas del CAIF.

Obstáculos

- Los servicios públicos no cuentan con la infraestructura necesaria.
- Falta de recursos humanos formados para atender un posible aumento en la demanda.
- Poca participación de la comunidad en lo que refiere al Plan CAIF, lo que debilita la capacidad de gestión.
- Falta de control de asistencia a centros, por ejemplo por parte del BPS, lo que determina que algunas familias no lleguen a los mismos.
- No se cruza información entre instituciones.
- Dificultades en la información, difusión, comunicación de los talleres realizados en el marco de los convenios.
- No existe la figura del cuidador en BPS, quedando englobado en servicio doméstico. Al no existir ni ser reconocida la figura del cuidador en el hogar no existe oferta educativa para dicho rol.

Propuestas

- Registro público de cuidadores, lo que permitiría ordenar, formalizar y regular la oferta y demanda del servicio, creando un programa de cuidadores.
- Construir el perfil del cuidador–educador, que habilite a los centros a englobarlos en una propuesta y a evaluar a los mismos partiendo de una base común y regulada.
- Permitir que la pareja regule el uso de las licencias parentales según su conveniencia.

- Exigir contrapartida a los subsidios que el Estado otorgará a las familias para generar el compromiso en la educación–formación de los niños (participación en talleres de formación, etc.).
- Control directo de recursos humanos y de las familias.
- Generar espacios de cuidado para los cuidadores.
- Generar un sistema de reducción de impuestos que permita a la familia beneficiarse con exoneraciones en su carga impositiva al momento de decidirse por un servicio de cuidados pagos (cuidador o institución). Exoneración de aportes patronales, cuota mutual, entre otros, siendo los mismos absorbidos por el Estado.

3. SORIANO

Recursos actuales

- 12 centros CAIF (6 de ellos se encuentran en Mercedes, 1 en Dolores, 1 en Cardona, y 4 en localidades rurales: Rodó, Santa Catalina y Egaña).
- Están previstas las aperturas de un centro CAIF en Villa Soriano y otro en Dolores, así como la ampliación de algunos convenios.

Obstáculos

- Falta de espacio físico para ampliar convenio (Centro CAIF).
- Los centros CAIF (ubicados en ciudades tales como Mercedes, Dolores y Cardona) tienen lista de espera en educación inicial durante todo el año, situación que se complejiza cuando llegan niños que son derivados del Poder Judicial, INAU y de MSP, los que deben ser atendidos por el centro CAIF al que llega la derivación.
- Se plantean determinados obstáculos en la situación de los CAIF rurales, tales como en las localidades de menos de mil habitantes (por ejemplo, dificultades para mantener el convenio por el descenso de nacimientos). La alternativa es la generación de anexos en localidades vecinas, aunque la principal dificultad de esta modalidad pasaría por la falta de medios de transporte que faciliten el traslado de técnicos y materiales.
- Niños que asisten a Talleres de Experiencias Oportunas, luego de terminado el ciclo, no pueden ingresar a educación inicial por la falta de cupos.
- Falta de beneficios sociales a personal de Centros CAIF.
- Falta de transporte para traslado de equipos técnicos.
- Dificultades para atender a familias cuando sus referentes presentan discapacidad.

4. SAN JOSÉ

Estado de situación

- Oferta insuficiente de CAIF en algunas ciudades (Ciudad del Plata, Libertad y Villa Rodríguez).
- Muy poca oferta de servicio público que cubran de 0 a 2 años en modalidad diaria. Sólo un centro diurno de INAU a partir de un año en Libertad. En algunas localidades tampoco hay centros privados.

Obstáculos

- En relación a las organizaciones de la sociedad civil, son pocas y necesitan fortalecimiento.
- El trabajo en chacras y quintas es abundante en esta población, lo que exige jornadas laborales muy extensas, y los servicios que existen no cubren todo el horario laboral.

- Las distancias son muy largas para hacer uso del corte de horario durante la lactancia.
- Pocos recursos humanos capacitados para trabajar en primera infancia.

Propuestas

- Repensar el modelo de CAIF (responsabilidades y limitaciones).
- Extender cobertura de CAIF donde se necesite e instalar servicios para población de 0 a 2 años que no esté cubierta (principalmente en las localidades y Ciudad del Plata).
- Para cuidados en el hogar, optar por un sistema de copagos.
- Curso único de educadores y cuidadores (descentralización de los mismos).
- Registro único de cuidadores calificados.
- Fortalecimiento de la sociedad civil, capacitación para la gestión.
- Responsabilidad social empresarial y sindical, incentivos desde el Estado.
- Difusión y sensibilización acerca de la importancia del cuidado y estimulación en primera infancia, principalmente para las familias.
- Revisar criterios de ingreso de los niños a jardines públicos establecidos por ANEP.

5. MONTEVIDEO (este)

Son zonas heterogéneas en términos económicos, geográficos, poblacionales y de prestaciones.

Recursos actuales

- Primera infancia a nivel público (centros oficiales), INAU (CAIF), jardines privados, convenio OSC–CAIF y Programa “Nuestros Niños”.
- ASSE–RAP: Programa Aduana, Programa buenas prácticas de alimentación, Movimiento Nacional de Usuarios, Programa Calle (INAU), centros de salud.
- SOCAT.
- Unidades de cuidado (familia, centros e instituciones, acogimiento familiar espontáneo, vecinos).
- Visita domiciliaria “cercanía a la familia”: CAIF, MIDES y salud (ASSE/IM).

Estado de situación

- Cobertura insuficiente en relación a la demanda de la población (largas listas de espera).
- Falta o insuficiencia de información, articulación y coordinación permanente de servicios e instituciones.
- Ausencia de cobertura diaria maternal para madres que trabajan.
- A partir de los cuatro años faltan cupos en jardines públicos.
- Centros que forman pero no están habilitados.

Obstáculos

- Déficit de oferta CAIF.
- La oferta de INAU/ANEP/IM no está vinculada ni articulada.
- Existe una gran concentración territorial de recursos.
- Focalización a grupos reducidos.
- Escasa o nula formación de educadores. Asimetría en la formación de recursos técnicos.
- “¿Quién cuida a los que cuidan?”
- Ausencia o déficit de infraestructura e infraestructura ociosa o subutilizada, en otros horarios de 0 a 2 años.
- No continuidad de los servicios.

- CAIF no llega a las familias de mayor vulnerabilidad social. Falta de accesibilidad por diversas razones (culturales, oferta, conexión, entre otras).
- Focalización de las políticas en el quintil más bajo, subvalorando los niveles medios de ingreso.

Propuestas

- Fortalecer recursos existentes y aumentar oferta de servicios y prestaciones.
- Revertir la situación generada a partir de la política pública de promoción de la lactancia que no acompaña a las condiciones laborales del mercado de trabajo.
- Equiparar a instituciones públicas y privadas.
- Equidad de género. Licencias: aumento de plazos opcional para padres/madres.
- Coherencia entre lo legal (derechos) y el discurso (licencias, enfermedades de los hijos, idas al médico).
- Cuidar a los que cuidan (formación y capacitación permanente, profesionalización de la tarea).
- Supervisión técnica a las instituciones de cuidado (no solo habilitaciones y controles).
- Continuidad de un proceso colectivo y sostenido en la construcción de políticas articuladas (MSP, MVOTMA, MIDES, MEC, Municipios, entre otros).
- Difusión de programas y recursos.
- Pensar y proponer desde un presupuesto que garantice viabilidad de las políticas. Definir figura que regula y controla y los distintos niveles de responsabilidad: Estado, instituciones, comunidad y familia.
- Mejora en la accesibilidad a los servicios.
- Fomento del valor de cuidado en la familia.
- Capacitación y habilitación (instituciones que prestan los cuidados e instituciones o cuidados en hogar por terceros).
- Acompañamiento a las familias.
- Adecuación horaria de los centros, acorde con la diversidad de inserciones laborales. Coordinación entre subsistemas de atención de 0 a 6 años. Ampliación de cupos en toda la infancia, incluir contra-turno y creación de nuevos centros. Estimulación oportuna en la atención diaria de 0 a 2 años.
- Garantía para la libertad de elegir entre el cuidado en instituciones o de familiares.
- Unificación sin diferenciar en el trabajo de los padres (trabajo formal público, privado, informales).
- Articulación intersectorial territorial para la infancia.
- Estándar de calidad único. Unificación de la regulación de centros y supervisión, conciliando criterios de calidad y evaluación (incluyendo infraestructura y alimentación).
- Búsqueda de garantizar derechos, universalidad y aumento de oportunidades.
- Articulación con sistema de cuidados de adultos mayores y discapacidades.
- Supervisión desde un trabajo grupal, afectivo y de implicación.
- Mejora salarial de los recursos humanos.
- Generación de políticas de estimulación de la paternidad.

6. MONTEVIDEO (centro)

Características de la zona

- Pobreza como fenómeno invisible.
- Multiplicidad de pensiones y ocupaciones irregulares, situación reforzada por la inmigración de extranjeros y la gran movilidad de la población desde y hacia otros barrios de Montevideo.
- Insuficiencia de servicios en relación a la demanda y las diferencias en la distribución de servicios en la región.

Obstáculos

- Rigidez de las instituciones en sus horarios y procedimientos de ingreso.

Potencialidades y propuestas

- Diagnóstico de cantidad de servicios, demanda, características de la población, servicios y redes existentes, entre otras.
- Trabajo con empresas privadas para instalación de servicios y sistemas de becas.
- Aprovechamiento del desarrollo cultural y el patrimonio de la región para trabajar desde estos espacios.
- Trabajar en cambios culturales institucionales.

7. MONTEVIDEO (oeste)

Características de la zona

- Zona diversa, con zonas rurales y semi-rurales extensas y en lejanía.
- Solamente en los Municipios A y G nace más del 40% de los niños y niñas de Montevideo. Es por ello que el Municipio A se conoce como la "cuna del país".
- De cada diez bebés que nacen, entre seis y ocho lo hacen en hogares pobres.
- Muchos hogares monoparentales, mayoritariamente madres, a veces jóvenes, con muchos hijos.

Potencialidades

- Redes y fortalezas comunitarias en barrios consolidados del oeste.
- Experiencias exitosas de instituciones y redes.
- Actual ampliación de servicios CAIF (aunque insuficiente).
- Existe un marco de referencia para el trabajo en coordinación CAIF-ANEP (jardines públicos).
- Red de primera infancia de Municipio A.
- Reciente incorporación del rol de "gestor" en centros CAIF, como puente entre equipo-OSC-Plan CAIF).

Obstáculos

- Dificultades de transporte entre zonas.
- Pocos servicios en barrios centrales, con infraestructura ociosa.
- Muchos servicios en periferia con escasa infraestructura.
- Los horarios extensos de trabajo zafra en quintas o chacras no se compatibilizan con los servicios existentes de cuidado.
- Escasa cobertura de jardines y escuelas para 3 y 4 años y tiempo completo.
- Insuficiencia de servicios CAIF para toda la población.
- Falta de capacitación en maestras de 0 a 3 años y en educadores en general.
- Los recursos humanos de maestros y trabajadores de la salud no son suficientes. Asimismo, los salarios para educadores son bajos.
- Vacío de propuestas para población que no cumple con los requisitos socioeconómicos para ingresar a CAIF (pobreza), pero tampoco puede pagar servicios privados de calidad.
- Cuidados en casa de vecinas, en su mayoría adolescentes.
- Los jardines privados son autorizados, pero poco regulados y supervisados (falta de seguimiento, control y evaluación).
- Los cuidados de niños dentro del hogar están a cargo de madres que no trabajan, de abuelos adultos mayores y de hermanos (11 años en adelante, aproximadamente), lo que termina rezagando sus posibilidades educativas y de desarrollo.

- No hay propuestas para sostenimiento en centros educativos para niños con necesidades educativas especiales.
- Prevalencia de trabajo informal, que imposibilita licencias para el cuidado.
- La gran dificultad de la zona oeste es la vivienda, fenómeno que tiene gran incidencia en la calidad del cuidado y las condiciones de vida en la primera infancia.

Propuestas

- Organizaciones sociales de base necesitan mucho más acompañamiento y formación para la gestión.
- Atención diaria de niños menores de dos años.
- Ampliación de cobertura de servicios para 3 y 4 años (CAIF y jardines).
- Pensar estrategias para las familias que quedan por fuera del sistema educativo formal y de cuidados.
- Que los medios de comunicación masivos transmitan e informen sobre el cuidado y pautas de crianza.
- Mayor coordinación intersectorial, interinstitucional y multidisciplinaria.
- Crear y fomentar "aldeas de cuidados", contando con referentes y agentes comunitarios.
- Incorporación de formación específica en primera infancia en el IUDE.
- Fomentar la participación de hombres en la formación de educadores, maestros, etc.
- Que se generen experiencias accesibles de formación en el territorio.
- Fortalecer a los equipos de trabajo y crear equipos de apoyo para el "cuidado del cuidador".
- Mayor control, seguimiento de servicios y evaluación de los mismos.
- Ampliación y efectivización del sistema de becas en primera infancia.
- Creación del rol del "acompañante familiar", referente de apoyo para la familia en la tarea de cuidado.
- Propuesta de cuidadores familiares.
- Reconocer el papel de las trabajadoras domésticas e incluirlas en la capacitación.
- Prolongar por el primer año de vida el período de licencia para madres que trabajan.
- Que se facilite a las familias la posibilidad de traspaso desde sociedades médicas privadas a ASSE (por FONASA).
- Que el proyecto *Uruguay Crece Contigo* incorpore las perspectivas de crianza y cuidado.

8. DURAZNO

Obstáculos

- Falta de centros públicos y privados de 0 a dos años en todo el departamento.
- Falta de roles claros de las instituciones y las familias.
- Falta de recursos humanos con preparación básica (6° año de Liceo).
- Falta de la perspectiva de género en la sociedad.

Potencialidades

- Cantidad de personas que ya se dedican a la tarea del cuidado.
- 15 CAIF de estimulación oportuna que funcionan muy bien.
- 2 centros diurnos que funcionan a partir de los 3 meses.

Propuestas

- Crear nuevos centros públicos y privados de 0 a 2 años.

- Licencias escalonadas con contraprestaciones (talleres para padres y madres sobre pautas de crianza).
- Licencias para madres adoptivas.
- Aumento de las licencias.
- Formación de cuidadores a domicilio.
- Regularizar la tarea del cuidado.
- Diagnósticos tempranos para prevenir situaciones de dependencias en niños.

9. SALTO

Recursos actuales

- 22 CAIF.
- 5 centros de Aldeas Infantiles.
- 4 centros juveniles.
- Clubes de niños.
- 2 Centros privados de 0 a 2 años.
- Sistema de información del SIPI que se está por implementar.
- Redes y mesas en los temas de infancia.
- Centro diurno de INAU (0 a 3) solo en la ciudad de Salto.
- Fortalecimiento familiar en Aldeas Infantiles (1 a 3 años).
- Centros públicos (3 a 5 años).

Obstáculos

- Cobertura y horario limitado de CAIF
- Limitaciones del trabajo en red.
- Centros públicos insuficientes para niños de 3 a 5 años.
- Carencia de acceso a la información sobre la población.
- Problemas edilicios en espacios de CAIF (saneamiento, informáticos, teléfono físico).
- Transporte público, limitado en líneas y costos.
- Poca participación activa de las familias, depósito en las instituciones, roles de género como algo cultural, desocupación, trabajo informal en zafras, multiempleo.
- De 0 a 2 años es escasa la atención diaria.
- Prestaciones económicas con topes.
- Deserción en educación, falta de centros habilitantes (centros y educadores), espacios de intercambios interdisciplinarios, capacitación técnica.
- Falta de información y difusión.

Propuestas

- Fluidez de articulación de red departamental.
- Equilibrio entre derechos del niño y referente de las mujeres
- Generar espacios grupales que ofician de apoyo para los cuidadores.
- Capacitación para cuidadores.
- Talleres de sensibilización de los roles parentales e institucionales sobre corresponsabilidad.
- Fomentar la continuidad de estos debates a nivel local.
- Infraestructura, lugares que brinden cobertura para los niños de 0 a 3 años.
- Formación para cuidadores.
- Ampliar cobertura del CAIF y centros.
- Educación temprana para madres y padres (en centros o no, escuelas de padres).
- Legislación que contemple y brinde opciones (lactancia, enfermedad, licencias).

- Oportunidad para que los padres puedan cuidar a sus hijos en caso de enfermedad.
- Derechos que también sean para los niños adoptados.
- Espacios recreativos para niños de 0 a 2 años.
- Atención de niños con discapacidad (inexistencia de personas capacitadas para atenderlos).

10. RIVERA

Recursos actuales

- 8 policlínicas y 2 centros de salud en ciudad, 6 policlínicas rurales y 1 centro auxiliar de ASSE.
- 1 policlínica municipal en ciudad.
- 13 centros CAIF en el Departamento, insuficientes en relación a la demanda, cupos limitados.
- 1 hogar diurno de INAU es el único en que acepta a niños a partir de 6 meses, pudiendo estar en el mismo horario que los CAIF.
- 5 clubes de niños, uno de ellos en Tranqueras.

Potencialidades

- Programa de acogimiento familiar del INAU.
- Los CAIF, hogares diurnos y hogar infantiles son buenos recursos pero insuficientes.
- En el caso de situaciones de extrema vulnerabilidad, técnicos del CAIF realizan trabajo en el hogar.
- Mayor participación y articulación de equipos de trabajo en instituciones.
- Trabajo de maestros y maestras comunitarias.
- Buena calidad de los clubes de niños.
- Se valora el convenio ASSE-CAIF.
- Un centro CAIF (“33 Orientales”) cuenta con un médico de familia que concurre cada tres meses realizando controles de salud, actualización de carnés de niño, entre otros.
- Talleres con padres fuera del horario de atención del centro.
- Existen policlínicas en todos los barrios del departamento.

Obstáculos

- Difícil acceso a la documentación requerida.
- No existen servicios ni públicos ni privados que atiendan niños los fines de semana.
- Desde los centros CAIF se intenta coordinar con los servicios de salud.
- Baja participación de referentes adultos en actividades de centros.
- Inasistencias en Primaria de alumnos que cuidan a sus hermanos más chicos.
- Existen dudas en la reglamentación laboral aplicada.
- Alta demanda de clubes de niños, escasa oferta.
- Maltrato en los servicios del Estado.
- Se exige profesionalización de los técnicos. Sin embargo, algunos llamados públicos solo piden Ciclo Básico (ejemplo: llamado a educadores de INAU).
- Población de nivel económico medio no cuenta con instituciones públicas educativas que atiendan sus hijos.
- Cierre de centros CAIF en enero.
- El hogar diurno de INAU funciona en el mismo horario que los CAIF, por lo que no hay servicios contra-turno.
- Dificultad para agendar consultas en los servicios de salud.
- Falta capacitación para formar a más personas para el cuidado de niños.
- Obstáculos para cubrir la demanda en centros de salud, debido a los escasos recursos.
- En Rivera es donde más se vulneran los derechos del trabajador.
- Los procesos judiciales son lentos, lo que dificulta, por ejemplo, las intervenciones familiares, etc.

Propuestas

- Articulación entre diferentes sectores a modo de aunar esfuerzos y diseñar propuestas estatales de calidad.
- Formación estatal para cuidadores.
- Apuntar al empoderamiento de la familia.
- Promover servicios de Plan CAIF.
- Fortalecer las instituciones
- Aumentar los clubes de niños.
- Brindar atención a niños en edad escolar.
- Licencias para madres y padres por enfermedad de sus hijos.
- Legitimación del curso en primera infancia de CENFORES.
- Aceleración de procesos judiciales largos y desgastantes.
- Promover más cursos en Rivera y con bajos costos.
- Necesidad de que instituciones y empresas cuenten con guarderías y que el horario sea adaptado al horario del trabajador.
- Descentralizar el CENFORES; realizar actualizaciones y capacitaciones a educadores que trabajan en los centros que asisten niños de 0 a 3 años (públicos y privados).
- Licencia maternal completa hasta los 3 meses del bebé por lactancia materna, y medio horario hasta los 6 meses (incluyendo alimentación sólida).
- Disminución del aporte patronal por el seguro de salud de la mujer durante el embarazo y hasta el primer año del hijo.

11. TACUAREMBÓ

Recursos actuales

- 9 CAIF, de los cuales 3 se encuentran en Paso de los Toros y 2 en Villa Ansina.
- INAU: hogar infantil y 2 hogares diurnos.
- 6 centros privados.
- 4 jardines públicos que cuentan con Nivel 3.

Potencialidades

- Convenio ASSE–CAIF genera aumento de demandas en experiencias oportunas.
- Ludoteca para atención de niños a cargo de madres de la zona.
- Existencia de policlínicas comunitarias.

Obstáculos

- Falta de supervisión de los servicios.
- No hay ofertas públicas de formación.
- Con las licencias de las personas que trabajan en las instituciones, no se prevé la atención de niños.
- Faltan cupos para atender niños en el Programa CAIF.
- El medio rural carece de dispositivos para atender a niños y sus familias.
- Hogares diurnos de INAU tiene aproximadamente la misma cantidad de niños en lista de espera que niños atendidos en el centro.
- Las exigencias para habilitación que exigen a los privados muchas veces no los cumplen los públicos.
- No existen clubes de niños ni centros juveniles en el departamento

Propuestas

- Prestación económica a las familias con menores a cargo para poder pagar la cobertura pública o privada de atención a sus hijos.
- Que los y las niñeras que trabajan actualmente puedan constituirse en cooperativas sociales.
- Trato igualitario a madres empleadas y madres contratadas como empresas unipersonales.
- Equipo móvil para las zonas rurales: ómnibus y ludoteca con una frecuencia adecuada para garantizar a esos niños el derecho a la educación.
- Campañas publicitarias masivas con el fin de difundir las buenas prácticas de crianza a cargo de ambos padres.
- Agilizar la universalización de Nivel 3, para que los CAIF puedan atender a más población.
- Aumento de cupos en CAIF.
- Potenciar a las familias.
- Derecho de todos los niños a la misma cobertura.
- Mismas exigencias a nivel público y privado y licencia igualitaria.
- Mayor trabajo interinstitucional.

12. LAVALLEJA**Obstáculos**

- Diferencias regionales.
- Existen lugares en los que no hay ningún servicio.
- Existencia de servicios son principalmente CAIF y centro INAU en Minas, aunque muy reducida su cobertura.
- Existen centros privados en Minas y Varela para 2 y 3 años.
- Personas externas que cuidan en el hogar sin ninguna formación.
- Importancia en algunas zonas de los trabajos zafrales y horarios rotativos.

Propuestas

- Promover la asistencia a CAIF para todos.
- Jerarquizar la vulnerabilidad.
- Cuidado desde el embarazo.
- Aprender de programas que ya existen (por ejemplo, Plan Aduana).
- Ampliación de cobertura diaria para niños de 1 año en los CAIF que ya existen, de recursos humanos, y edilicia. Conexión con otras instituciones.
- Accesibilidad a los servicios (de cercanía o facilitar los traslados).
- Apoyar los trabajadores de la comunidad que ya trabajan cuidando.
- Brindar servicios durante la noche.
- Promover licencias en primer año (0 a 11 meses).
- Día libre para control de embarazo o de niños para madre o padre.
- Tener en cuenta que el Ministerio del Interior y de Defensa tienen régimen de licencias especiales. Que no terminen quedando afuera.

13. CERRO LARGO**Características de la población**

- Bajo índice de natalidad (3 nacimientos por día).
- Tasa de mortalidad infantil en descenso pero alta aún (7,44).

- Embarazos adolescentes.
- La gran parte de los nacimientos son en familias en situación de pobreza.

Recursos actuales

- Convenio ASSE–CAIF.
- 19 centros CAIF (2.522 niños).
- Talleres con embarazadas y planificación familiar.
- Plan perinatólogo.
- Plan Aduana.

Potencialidades

- Coordinación Plan Aduana–CAIF.
- Ampliación de convenios de INAU y OSC.
- Trabajo voluntario.
- Mayor apertura de las empresas.
- Unidad Especializada en Violencia Doméstica de la Policía.
- Curso de educadores “Movimiento Paulina Luisi”.
- Traslado de niños a los CAIF.
- Experiencias puntuales de atención diaria para niños de 1 a 2 años.

Obstáculos

- Falta de perspectiva de género
- Insuficiencia de OSC para ejecutar convenios.
- Falta de articulación de algunas propuestas.
- Desvaloración del voluntariado.
- Carencias de atención a niños menores de 18 meses.
- Desconocimiento de derechos y falta de sensibilización.
- Realidad económica (bajos sueldos y trabajo sin protección social).
- Distancias y transporte.
- Falta de capacitación (para personal y representantes de las OSC).
- Ausencia de recursos humanos y edilicios.

Propuestas

- Fortalecimiento de los recursos ya existentes.
- Revisión del modelo de gestión.
- Capacitación a cuidadores y OSC.
- Potenciar licencias para padres, madres o familia.
- Ampliar y flexibilizar horarios de atención.
- Que los servicios contemplen traslados.
- Universalización de servicios y del Sistema de Cuidados
- Difusión de derechos.
- Creación de nuevas propuestas: servicios de las empresas y para niños desde los primeros meses.

14. TREINTA Y TRES

Recursos actuales

- Centros CAIF (1 en Charqueada comenzando su trabajo, 1 en Vergara, 1 en cerro Chato; 1 en Santa Clara y 7 en Treinta y Tres).
- En la ciudad de Treinta y Tres, 4 jardines de primaria (más de cuatro años), 1 guardería privada; 1 jardín privado (dos y tres años), centro “Menuditos” de INAU (más de 12 meses).
- Existencia de OSC.

Obstáculos

- Problemas de transporte, sobre todo del interior del departamento a la capital.
- La falta de formación específica para recursos humanos.
- Recursos edilicios con problemas de capacidad.

Propuestas

- Licencias, becas y centros de cuidado para quienes estudian.
- Capacitación interinstitucional para auxiliares.
- Centros de cuidados para empresas e instituciones públicas.
- Movilidad de técnicos (por ejemplo, CAIF Móvil).
- Aumentar horarios de los equipos técnicos para el trabajo con las familias como referentes y agentes promotores.
- Maximizar los controles y contrapartidas.
- Licencia por enfermedad de los hijos.
- Promoción de los derechos y deberes de las “familias” (corresponsabilidad).
- Considerar situaciones complejas y puntuales.

15. COLONIA

Estado de situación

- Jornadas de atención de Centros CAIF muy cortas y con horarios poco ajustados a los horarios de trabajo.
- Insuficiencia en la cantidad de Centros CAIF y demanda creciente en algunas localidades del departamento.
- Dificultades de las familias para trasladar los niños a Centros CAIF.
- Ausencia de centros municipales de cuidado a la primera infancia.
- Alto nivel porcentual de hogares monoparentales con hijos.
- Dificultad para la lactancia con las madres trabajando antes de los seis meses posteriores al parto.
- Déficit de formación de los cuidadores (esto se observa en las instituciones tanto públicas como privadas).

Obstáculos y potencialidades

- ¿Quién controla los cuidados (privados–remunerados) dentro del hogar?
- ¿Cómo resolver la tensión control–autonomía de lo privado?
- Existen pautas culturales sobre las tareas de cuidados (principalmente en términos de género) que debilitan la fuerza y la utilidad de las reglamentaciones que puedan crearse.
- ¿Quién avanza en la universalización de la educación de los niños de 3 años?
- La educación constituye una herramienta fundamental para romper con estereotipos de género.
- Trabajar sobre la responsabilidad social empresarial.

- Es necesario no vulnerar el derecho de las familias con la institucionalización temprana de niños.
- Burocracia estatal para implementar proyectos.
- Carmelo plantea que no se está cubriendo la demanda; faltan centros CAIF.

Propuestas

- Servicios públicos de cuidados para los fines de semana.
- Servicios en centros de estudio (por ejemplo, en los Liceos y UTU, y en lugares de trabajo por responsabilidad social empresarial).
- Esto permitiría descongestionar a los centros CAIF, permitiendo el ingreso de otros niños a estos centros, resolviendo el tema de la lactancia para las madres con niños de menos de 6 meses.
- Reincorporación al trabajo con media jornada (con salario de jornada completa) luego del parto por período de un año. Esto plantea la dificultad de quién asume el costo laboral que dicha medida implica.
- Crear un sistema similar al FONASA para cuidados, atendiendo a la capacidad de aporte y a las necesidades de las familias.
- Propuesta de que el empleador pague servicio de guardería para hijos de empleados
- Rever duración de las licencias por maternidad y paternidad, aumentando su duración y asimilando el sector privado al sector público.
- Escasos equipos sociales que tengan permanencia y continuidad en los distintos programas a nivel departamental.
- Difundir a través de los medios masivos de comunicación la temática de cuidados, generando una estrategia de marketing social.
- Potenciar aquel hombre que asume el rol de cuidador.

16. FLORIDA

Potencialidades

- Programa de Acogimiento Familiar del INAU tiene un buen funcionamiento en el departamento y en “salas de encuentro” en apoyo al cuidado.
- Adecuada cobertura de atención diaria para la franja de 2 a 3 años, tanto pública como privada.
- Convenio ASSE–CAIF y gestión de Plan Aduana.
- Programa de formación CENFORES para educadores de CAIF y centros de formación privados para educadores habilitados por el MEC.

Obstáculos

- Las posibilidades económicas de las familias no permiten la contratación de recursos humanos formados en cuidados para el hogar, esto deriva en que el mismo quede en manos de familiares que no cuentan con la formación necesaria para el desarrollo de la tarea (por ejemplo, hermanos mayores).
- Falta de regulación de los trabajadores que realizan cuidados en el hogar.
- No hay cobertura de servicios públicos de 0 a 2 años en atención diaria.
- La amplitud horaria de los centros públicos no coincide con jornada laboral de las familias.

Propuestas

- Instrumentar la atención diaria de CAIF en niños y niñas de 0 a 2 años.
- Incentivar a partir de la responsabilidad social empresarial la creación de espacios de cuidados en los lugares de trabajo, logrando las legislaciones correspondientes (ejemplo: Centro Comercial).
- Creación de propuestas para la complementariedad entre la educación formal y la no formal.

- En relación a las licencias, aumento del número de semanas y equiparación con los funcionarios públicos y la ampliación de la licencia por paternidad.
- Complementariedad entre los servicios de atención a la primera infancia.

17. MALDONADO

Caracterización de la población

- Muchas familias no son residentes del departamento en forma prolongada, por lo que no cuentan con lazos afectivos, ni redes de apoyo social. El cuidado en muchos casos se da por parte de los hijos adolescentes.
- Alta migración y movilidad (3 mil personas por año).
- Requisitos de cuidados en función de la demanda laboral (jornadas prolongadas y nocturnidad) y de la temporada.

Obstáculos

- Insuficiencia de centros y de oferta pública, especialmente en La Barra, Manantiales y Barrio Buenos Aires, con mayor demanda de 0 a 3 años. Carencia de infraestructuras.
- Falta de OSC.
- Falta de canales de vinculación entre periferia y balneario.
- Diferencia entre salarios de empleo formal y salarios zafrales.
- Escasa frecuencia de transporte.
- Ambivalencia de licencias entre hombres y mujeres.
- Corresponsabilidad: carga de las mujeres en materia de salud, laboral, educación y cuidados.
- Control de las licencias y subsidios: Falta de servicios en temporada alta. Criterios distintos entre licencia a nivel nacional. CAIF no cubre el horario de la madre y padre.
- Vacío de información y formación en salud sexual y reproductiva.
- Jefas de hogar de 0 a 6 años no tienen resuelto el cuidado, no se visualiza como problemática.
- Recursos financieros y materiales del Estado para ONG para apostar a la calidad.

Potencialidades

- Presencia de redes funcionando.
- Población joven
- Captación de recursos humanos capacitados (a nivel profesional en todas las áreas).
- Riqueza geográfica y medio ambiental.
- Existencia de servicios.
- Buena comunicación con autoridades institucionales y medios de comunicación.

Obstáculos

- Desconocimiento de los servicios y la saturación de los mismos.
- Insuficiencia de los espacios de atención, formación y capacitación para el cuidado.
- “Desarme” de las familias, y la pérdida de hábitos de vida saludables.

Propuestas

- Fortalecer el equipo de salud (asistente social, enfermero/a, partero/a), estrategias y alianzas.
- Refugio de mujeres víctimas de violencia doméstica.
- Corresponsabilidad.

- Subsidios desde el Plan de Equidad.
- “Escuela” para padres (ejemplo: almuerzo diferente).
- Ampliación de cobertura: aumento de centros, de días y de la franja etaria (CAIF).
- Adecuación de los horarios de los centros a las necesidades familiares.
- Responsabilidad social empresarial.
- Formación en cuidados.
- Fortalecimiento de la sociedad civil organizada.
- Infraestructura del sistema educativo al servicio del Sistema de Cuidados. Educación como dispositivo de formación dentro del Sistema.



Personas en situación de dependencia por discapacidad

HEBER DA CUNHA

Para la sistematización de la información se tomaron las relatorías de los debates realizados en Montevideo y en el interior del país.

Los datos consignados incluyen un diagnóstico sobre los servicios existentes, aportes para el Sistema de Cuidados –referidos a cuidados dentro y fuera del hogar– y necesidades específicas del territorio. Cabe aclarar que algunas propuestas no corresponden estrictamente a la situación de dependencia por discapacidad y a la construcción del Sistema de Cuidados, sino que refieren a la discapacidad en general.

En relación a las relatorías de los debates centrales, el primero consistió en la presentación por parte de la consultoría del documento base de personas con discapacidad. El segundo debate tuvo como objetivo discutir en torno a la caracterización de la población de personas con discapacidad. Por último, el tercer debate estuvo centrado en la gradualidad de los servicios y aspectos institucionales.

1. SERVICIOS EXISTENTES

En relación a lo relevado en las instancias de debate sobre los servicios existentes, en todos los departamentos se destacó la presencia de organizaciones de y para personas con discapacidad. La mayoría son iniciativas de los padres y familiares de personas con discapacidad y cuentan con el apoyo de la comunidad. Brindan mayormente servicios de talleres y algunos tienen técnicos para la atención de las personas que concurren.

En algunos departamentos cuentan con centros de rehabilitación en salud mental, policlínicas de atención en salud mental de ASSE, y servicios de fonoaudiología y fisioterapia. En otros, como en Paysandú, Tacuarembó, Maldonado y Montevideo, se cuenta también con centros de rehabilitación motriz y ecuestre. Funcionan en algunos departamentos las mesas interinstitucionales, consejos sociales, mesas y redes temáticas de discapacidad que tienen planteado como agenda de trabajo las necesidades percibidas por la población con discapacidad en general, así como la presencia de las comisiones honorarias de la discapacidad departamentales.

En todo el país se cuenta con escuelas especiales. Por su parte, Colonia cuenta con una comisión de educación inclusiva gestionada por UTU. En Paysandú destacaron la fortaleza y oportunidades que brinda la Mesa Interinstitucional de Políticas Sociales y la sociedad civil. En Rivera informan que cuentan con un buen sistema de transporte público y privado. En el debate de Rocha reconocen el esfuerzo de las gestiones del SUNCA para licencias especiales de padres de niños y niñas con discapacidad y destacan la importante red de apoyo de la comunidad civil en el Chuy, con proyecto futuro de un centro especializado. En San José plantean que en el área de influencia de las colonias psiquiátricas existe un sistema de cuidadoras que pertenecen a asociación sin fines de lucro.

2. APORTES PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA DE CUIDADOS

En relación a los aportes de los debates para la construcción del Sistema de Cuidados –para cuidados dentro y fuera del hogar– surgió que algunas políticas no son solo referidas a las personas en situación de dependencia por discapacidad sino a toda la población con discapacidad, como se mencionó anteriormente.

Algunas necesidades que surgen como urgentes de todos los debates son:

- La urgencia de contar con un único sistema de evaluación y certificación de la discapacidad.
- Establecer baremos unificados de discapacidad y dependencia, para así poder identificar un umbral de entrada al sistema de cuidados.
- Realizar una encuesta sobre discapacidad y dependencia, para poder saber cuántas son las personas con discapacidad y en situación de dependencia por discapacidad, y que además revele la heterogeneidad de la misma.
- Identificar y generar servicios para las necesidades específicas de las familias de personas con discapacidad. Por ejemplo, apoyo y acompañamiento psicosocial familiar, atención y contención a la familia, y un trabajo continuo desde que irrumpe la discapacidad en la familia, para prevenir la dependencia y promocionar la autonomía y la independencia de la persona con discapacidad.
- Lograr una coordinación con los servicios de salud para el diagnóstico precoz de la discapacidad y prevención de patologías, especialmente las vinculadas a salud laboral ocupacional.
- La universalización de las políticas, destacándose el pedido de atención a población de quintiles medios
- Aumento de pensiones o transferencias económicas para las personas con discapacidad y para sus familias.

En relación al marco legal, en todos los debates se solicita que se cumpla con los artículos previstos en la Ley 18.651, en vigencia desde el 19 de marzo de 2010, solicitándose además la reglamentación de la misma. También se reivindica el cumplimiento de los artículos de la Convención de los derechos de las personas con discapacidad. El 5 de julio de 2011, el Parlamento aprueba el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, Ley 18.776.

Otra inquietud de la población participante en todo el país es la coordinación y creación de un programa para acceso a las viviendas y adecuación funcional de las mismas, para así promover la autonomía de las personas con discapacidad en situación de dependencia dentro del hogar.

Es necesaria también la accesibilidad integral en el medio físico y en el acceso a la información para todas las personas con discapacidad en situación o no de dependencia, teniendo en cuenta la heterogeneidad de la misma.

En lo vinculado al transporte, que se manifiesta como una gran carencia en todo el territorio nacional, se reclama el servicio –aún inexistente– en algunas zonas del país, y que este sea adecuado y accesible para las personas con discapacidad. Asimismo, se solicita la gestión del pase libre en todo el territorio nacional para todas las personas con discapacidad y sus acompañantes. Por otro lado, se plantea también la necesidad de un mayor apoyo con ayudas técnicas como parte del Sistema de Cuidados, a fin de promocionar la autonomía e independencia de las personas con discapacidad.

Surgió también en varios debates la necesidad de la comunidad sorda de la presencia en todos los ámbitos de intérpretes de lengua de señas, que para esta población hace la diferencia entre dependencia y autonomía. Se solicita además que el Estado regularice y revise las normativas de curatela de las personas con discapacidad, como acción fundamental para la protección jurídica de las mismas.

En relación a las y los cuidadores, se consideró necesario avanzar hacia una carrera pública de cuidador/a, así como profesionalizar las tareas del cuidado, recreación y respiro para los/as mismos/as sean familiares o no.

Se planteó también la pertinencia de talleres de sensibilización y apoyo a padres, familiares y al resto de la comunidad, para la eliminación de barreras sociales y arquitectónicas, así como la promoción de derechos de las personas con discapacidad en situación de dependencia y no. Además, se entendió menester la investigación en los lugares donde se presentan más discapacidades y enfermedades crónicas. En este orden, se apuntó a la promoción de la responsabilidad social empresarial.

En relación a la discusión sobre la financiación del Sistema de Cuidados, se recomendó un modelo solidario con fondos de rentas generales y con contribución de particulares de acuerdo a su nivel de ingresos.

Aportes para los cuidados dentro de hogar

En lo referente a cuidados dentro del hogar se planteó repetidamente en todos los departamentos:

- Capacitación y profesionalización de las y los cuidadores familiares y no familiares, especialmente en el sector del empleo doméstico, que mayormente se encarga de la tarea del cuidado.
- Formación integral de las y los cuidadores para favorecer la autonomía e independencia de las personas con discapacidad en situación de dependencia.
- Asesoramiento, acompañamiento y sostén a personas con discapacidad que además cuidan: Programa de respiro de cuidadores domiciliarios.
- Mayor volumen de información, asesoramiento y apoyo a la persona que cuida.
- Transferencias monetarias a las y los cuidadores que realizan la tarea de cuidados especialmente pertenecientes al núcleo familiar.,
- Acreditación años de cuidados familiares en el hogar ante BPS. Jubilación anticipada para cuidadores familiares por los problemas de salud o la sobrecarga de esfuerzo físico en algunos casos.
- Licencias especiales para madres, padres y familiares de personas con discapacidad desde el nacimiento y para concurrir con los hijos/as al médico o en etapas de tratamientos de rehabilitación.
- Se visualiza como importante priorizar dependencias severas a la hora de asignar cuidadores domiciliarios o asistentes personales.
- Acceso especial a personas con dependientes moderadas y severas a servicios de UTE, OSE Y ANTEL.
- Exoneración de impuestos y del costo de medicamentos, pañales, y otros insumos indispensables para la vida cotidiana de las personas en situación de dependencia por discapacidad.

Cuidados fuera del hogar

Los participantes de los debates entendieron necesario avanzar respecto a los siguientes puntos:

- Coordinación, articulación y regulación por parte del Estado de los servicios existentes públicos y privados para los cuidados y atención a la población con discapacidad en situación o no de dependencia.
- Ampliación de la cantidad de servicios que prestan los centros diurnos existentes, en su mayoría gestionados por familiares y organizaciones sin fines de lucros. Creación de otros centros de atención integral con pautas de egreso.
- Formación de técnicos especializados en la temática de los cuidados y la discapacidad, así como las y los cuidadores y asistentes personales.
- Apoyo para los gastos de transporte a fin de concurrir a los centros diurnos, servicios de salud y rehabilitación. Universalidad y accesibilidad del mismo.
- En lo vinculado a la educación se recomienda la formación para maestros y profesores en la temática de la discapacidad y la dependencia, así como la presencia de asistentes personales en los centros educativos para la inclusión de las personas con discapacidad en situación de dependencia.
- Creación y regulación de residencias para los personas en situación de dependencia por discapacidad severa.
- Creación y fortalecimiento de las redes existentes entre las instituciones públicas y privadas que se dedican a la tarea de los cuidados.
- Extensión de los servicios de cuidados a todas las zonas de los departamentos, especialmente las rurales.
- Creación de hogares o residenciales de 24 horas para personas con dependencia severa por discapacidad, así como viviendas tuteladas para personas en situación de dependencia moderada y leve por discapacidad.
- Instalación de un 0800–cuidados y de servicios de tele asistencia.
- Promoción y creación de espacios de recreación para la inclusión en la vida social, fuera del hogar.

- Creación de centros de información y referencia departamental o regional sobre los servicios existentes en materia de Cuidados.

3. NECESIDADES ESPECÍFICAS DE CADA DEPARTAMENTO

En este apartado se describirán algunas de las necesidades específicas relevadas por departamento en cada relatoría:

Artigas: Existe la necesidad de transporte accesible en la zona, así como falta de rutas para que las personas puedan trasladarse para ir a los servicios de salud y rehabilitación. Se planteó que las personas que realizan esta tarea no están sensibilizadas ni capacitadas para la misma. Además, se observó que no hay servicios de intérpretes de lengua de señas.

No existen residencias de larga estadía ni para adultos ni para niños/as. Solicitan la atención y contención psicológica gratuita para las personas en situación de dependencia por discapacidad y sus familias. Es necesaria también la creación de espacios de inserción laboral para personas con discapacidad en situación o no de dependencia. Generar una base de datos de servicios existentes para esta población en el departamento que se articule con el resto del país.

Cerro Largo: Se observó como problemática relevante la inexistencia de servicios de atención a esta población en el interior del departamento, especialmente en la zona rural.

Colonia: Preocupa las pocas escuelas especiales existentes en la zona. El transporte es escaso y no accesible. Solo hay un hogar de 24 horas para personas en situación de dependencia por discapacidad en todo el departamento. Se reclamó más sensibilización sobre la temática de la discapacidad en general para la población del departamento.

Flores: Se solicitó la atención a la población en situación de dependencia por discapacidad que vive en zonas alejadas y comúnmente en situación de vulnerabilidad extrema. Solicitaron también la formación de maestros/as y demás profesionales especializados en la temática de la discapacidad y los cuidados, además de mayores instancias de participación para los padres.

Florida: Existen grandes carencias, tanto a nivel de cuidados primarios de salud, como en temas de cuidados a personas con discapacidad en situación o no de dependencia, así como en lo que respecta al acceso a la educación y en atención psicosocial de las familias de personas con discapacidad en situación de dependencia. En cuanto a la accesibilidad en el medio físico, si bien la ciudad tiene rampas, existe un solo medio de transporte colectivo con recorrido circular.

Montevideo (este): Plantearon que existe una carencia de recursos humanos para la atención y tratamiento de las personas en situación de dependencia por discapacidad, así como falta de articulación entre los servicios públicos y privados. A su vez manifestaron que los servicios están centralizados y hay mucha burocracia para acceder a ellos.

No hay censos ni relevamientos específicos para las personas con discapacidad en general y no existen diagnósticos claros en muchas situaciones. Asimismo, se suman los problemas de accesibilidad en el transporte, en el medio físico especialmente en las instituciones públicas y privadas. Se planteó también la realización de un mapeo de recursos que atienden personas con discapacidad en situación de dependencia y la elaboración de un mapa de ruta de la zona.

Montevideo (oeste): Resaltaron la ausencia de servicios de atención a personas en situación o no de dependencia, en las zonas de Paso de la Arena y Santiago Vázquez. No se están cubriendo las demandas de escuelas especiales y plantean la necesidad de un diagnóstico precoz de diversas situaciones de discapacidad y una adecuada y oportuna derivación a los servicios de salud.

Canelones (Pando): Surgió la preocupación por la inexistencia de transporte adaptado y una saturación del área de atención de salud mental de ASSE en la zona.

Paysandú: Manifestaron la falta de atención específica a la primera infancia en situación de dependencia por discapacidad y de las personas adultas mayores en la misma situación. No hay espacios de recreación, ni de acceso a la vida social y tampoco inclusión laboral para la población con discapacidad en general.

También señalaron carencias de transporte y accesibilidad integral en todo el departamento. Es necesario el control y regulación de las instituciones que brindan servicios de cuidados. Plantearon como imperioso la sensibilización de toda la población en la temática de la discapacidad y los cuidados.

Rio Negro: Plantearon la falta de acceso por parte de la población con discapacidad en general a la educación y al mercado en general. No hay accesibilidad integral en los centros educativos. No existen servicios de cuidado en el territorio y la falta de transporte es notoria.

Rocha: Destacaron la escasez de técnicos especializados en la temática de la discapacidad y cuidados. Las prestaciones para la población con discapacidad en situación o no de dependencia son insuficientes, así como la falta de regulación y control de los pocos existentes. No hay soluciones de transporte para acceder a estos pocos servicios. A su vez, es necesario el apoyo a las familias con personas con discapacidad en situación de dependencia, así como a las familias en que los jefes de familias son personas con discapacidad y cuando en la familia hay cruces generacionales con situaciones de dependencia por discapacidad.

Salto: Señalaron que las instituciones que brindan servicios de cuidados son muy pocas, faltan cuidadores/as capacitados, así como regulaciones y controles de las prestaciones existentes. No se cuenta con información fidedigna de la situación de dependencia en el departamento.

San José: Si bien hay un reconocimiento de los servicios existentes, son considerados escasos y en su mayoría hay dificultades de acceso a los mismos. Hay falta de recursos comunitarios para las personas en situación de dependencia por discapacidad, como ser espacios para la recreación y el tiempo libre. Asimismo, las dificultades de accesibilidad integral son notorias y se exacerban en las zonas rurales, donde además hay inexistencia de recursos.

Soriano: Se solicitó la capacitación en la temática de la discapacidad, la dependencia y los cuidados.

Tacuarembó: Se detectaron carencias globales y de insumos en los organismos públicos encargados del tema. Plantearon la ausencia de servicios municipales para la población con discapacidad. Sobresalió también la inaccesibilidad en el transporte. A su vez, se solicitó la realización de campañas de sensibilización para la población en general. Hay carencia de capacitación para las personas familiares y no que realizan las tareas del cuidado.

Treinta y Tres: Solicitaron crear la secretaría de la discapacidad de la Intendencia. Manifestaron como importante realizar un relevamiento de datos de la población con discapacidad en situación o no de dependencia.

A su vez, plantearon la falta de accesibilidad integral y de transporte, así como la carencia de profesionales especializados en las temáticas de la discapacidad, la dependencia y los cuidados. Existe dificultad de inclusión en ámbitos educativos en todos los ciclos educativos de las personas con discapacidad en situación de dependencia. Esto también se ve en las áreas del deporte, la recreación y el ocio.

Hay falta de centros diurnos, así como debilidad en la coordinación interinstitucional y en los trabajos en red sobre la temática de la discapacidad. Además, resaltaron la carencia de intérpretes de lengua de señas.



Personas adultas mayores en situación de dependencia

JORGE PAPADÓPULOS, LEONARDO FALKIN

En esta sección se presentan los resultados de la etapa de debate del *Sistema Nacional de Cuidados* para las personas adultas mayores. Como se verá, muchos de los planteos están incorporados a las propuestas generales y específicas de este documento.

El debate formó parte de la estrategia participativa de construcción del Sistema de Cuidados para las personas adultas mayores. El mismo se inició el 1 de setiembre de 2011 con la presentación de un borrador por parte del equipo consultor, los comentarios a cargo de un académico extranjero (Paulo M. Saad, de Brasil, CELADE/CEPAL), una académica uruguaya (Soledad Salvador de CIEDUR), y un debate libre entre representantes de organizaciones públicas y de organizaciones no gubernamentales vinculadas con la temática. También realizaron presentaciones sobre temas claves para el Sistema de Cuidados: Rosario Aguirre, quien avanzó los resultados de un estudio sobre “Situación laboral de las personas ocupadas en el sector cuidados”, y Karina Batthany, quien presentó un documento titulado “Hacia un sistema nacional de cuidados: preferencias de la población y propuestas para el cuidados”.

El diálogo tuvo dos instancias más de carácter central en Montevideo. La primera de ellas se llevó adelante el 15 de setiembre y tuvo como objetivo relevar la opinión de los participantes de la sociedad civil en torno a las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son las principales dificultades existentes, vinculadas a las personas mayores en lo que refiere estrictamente a cuidados?
- ¿En qué población se concentra la necesidad de cuidados? Caracterización y perfil de la población asociada a la mayor necesidad de cuidados.

La segunda instancia se llevó adelante el 3 de octubre de 2011 y buscó centrarse en cuatro ejes:

- ¿Cuáles entienden los participantes que son las preferencias de cuidados en el país?
- ¿Qué modelo de servicios sería adecuado para la realidad que presenta Uruguay?
- Capacitación y formalización en materia de cuidados.
- ¿Qué mecanismos contribuirán a la valorización de los trabajos de cuidado?

Posteriormente, el diálogo continuó en el resto del país, realizándose encuentros en todos los departamentos. Los debates fueron ordenados siguiendo una pauta de temas. Se comenzó con una presentación del informe de consultoría y luego se abrió un diálogo guiado por preguntas ordenadoras. En todos los casos se buscó que las preguntas fueran estructuradas en torno a los siguientes ejes.

a. Situación diagnóstica

- ¿Cuáles son las principales dificultades y los principales avances existentes, vinculados a las personas adultas mayores en lo que refiere estrictamente a cuidados en su localidad? (desde el punto de vista edilicio, transporte, familia, vivienda, centros de cuidado, servicios de acompañantes, educación, entre otros).
- ¿Cuenta su localidad con datos sobre las poblaciones afectadas y las características de los servicios de cuidados locales, para ellos?

b. Jerarquización de las necesidades y potencialidades locales

- ¿Cuáles serían las necesidades que deberían abordarse de manera más inmediata para alcanzar un Sistema de Cuidados en la población de adultos mayores?
- ¿Cuáles son las potencialidades ya existentes a nivel local, para dar respuesta a esas necesidades?

c. Instrumentación (aplicación a nivel local)

- ¿Qué obstáculos podrían determinar dificultades para la instrumentación del Sistema de Cuidados en su territorio?
- ¿Qué potencialidades existen a nivel local para la instrumentación del sistema de cuidados?

1. UN RESUMEN GUIADO DE LAS RELATORÍAS

Las preguntas realizadas en los debates locales buscaron ordenar la participación de los interesados, permitiendo catalogar y categorizar el rico contenido de dichos debates en torno a grades ejes que se reiteraron, más allá de las particularidades que se registraron. En lo que sigue –usando algunas de las grandes preguntas guía– trataremos de ordenar los temas emergentes y los aportes de los participantes, sabiendo que es imposible respetar a cabalidad la rica experiencia recorrida en el país.

En el campo de las **dificultades** y los **obstáculos** que la atención a las personas adultas mayores enfrenta, se puede señalar lo siguiente.

En prácticamente todos los encuentros se señaló la necesidad de construir información confiable. De todos los debates, en solo un par de ellos se presentó información de cantidad de servicios (por ejemplo, San José y Rivera), pero solo sobre existencia de residenciales. Los propios actores locales carecían de información sistematizada de la realidad de su departamento. Es claro, entonces, que de esta dificultad anotada surge la necesidad de tener un catálogo detallado de servicios para que estos sean empleados en la regulación y la ejecución de la política a nivel central, pero también a nivel local. También se señaló en Montevideo la necesidad de catalogar no solo los servicios, sino que debería relevarse también las redes sociales de apoyo de las personas, detectar qué personas cuidan, así como la calidad y capacidad que tienen a la hora de cuidar.

En todos los diálogos se señalaron dificultades en el acceso a servicios por parte de la población que requiere de cuidados. Pero la dificultad más importante surgió de una diferenciación territorial: las personas adultas mayores en zonas rurales presentarían –marcadamente– más dificultades en el acceso que aquellas que viven en zonas urbanas. No solo el acceso fue señalado como problemático, también su calidad. Las personas adultas mayores tienen déficits de alimentación, dificultades en el uso pleno de los servicios de salud por el alto costo de sus servicios, y atención a la salud fragmentada y discontinua.

En estas regiones, no solo no hay servicios sino que el aislamiento impide el desarrollo de mecanismos sociales de contención a través de redes comunitarias y familiares. El debilitamiento de las redes sociales en las zonas rurales fue destacado como un factor estructural que limita las posibilidades de cuidado comunitario. A este debilitamiento del capital social en zonas rurales debe sumarse la fragilidad de las redes comunitarias y familiares y la falta de coordinación institucional (entre otros departamentos, esto se señaló en Artigas y Río Negro).

Adicionalmente, el acceso a ciertos servicios (los residenciales, por ejemplo) implica el desarraigo del beneficiario, ya que la mayor concentración de las residencias de larga estadía se encuentra en las ciudades y no en el territorio rural. Existe un costo de desarraigo que tiene altos impactos sobre la calidad de vida de la persona institucionalizada.

Aún en los casos en los que hay servicios a domicilio, estos no llegan a las zonas rurales (por ejemplo, Rocha). Incluso si los servicios no son de alta complejidad, y el potencial beneficiario tuviera la posibilidad física de desplazarse hasta el lugar de la prestación, hay carencias de accesibilidad por falta de transporte.

Sobre los recursos departamentales, se señaló –en algunos debates– la excesiva centralización de

los servicios, los recursos y la oferta, lo que redundó en una no adaptabilidad a los requerimientos diferenciales del territorio. En algunos casos (Artigas, por ejemplo) se señaló que la escasez de residenciales y su localización en la capital (con la consiguiente derivación de las zonas rurales a la ciudad) generan una saturación de los servicios y una falta de capacidad para responder a los requerimientos.

Una segunda dificultad detectada en los debates es el de la debilidad de las instituciones que participan en la atención de las personas adultas mayores. Los municipios tienen un bajo compromiso, pero los organismos de regulación también. Asimismo, aún las instituciones como el MSP, encargados de la regulación, no tienen capacidad fiscalizadora. Por lo que las instituciones públicas y privadas pueden ser más o menos omisas, sin que ello implique sanciones para las mismas, ya que no hay mecanismos institucionales para el reclamo de derechos que no están claramente establecidos.

No solo se detectó la debilidad de las instituciones y las normas, también se ha señalado con mucha insistencia falta de coordinación interinstitucional. En el debate de Artigas, se mencionó explícitamente esta falta y la lentitud en los procesos de toma de decisión para resolver situaciones críticas. Lo mismo se sostuvo en Cerro Largo, donde se dijo que “el mayor problema está vinculado a la falta de estrategias de articulación público–privado adecuadas”. Se indicó que no hay criterios claros de apoyo económico a los hogares por parte de las Intendencias [Cerro Largo], situación que genera diversas inequidades. Esta falta de articulación, no solo limita la política de apoyo del Estado a las redes comunitarias, sino que también dificulta la integración entre las políticas sociales y las sanitarias, así como la debilidad o la calidad de la atención en las residencias de larga estadía. Estas últimas carecen de supervisión pública, lo que impacta directamente sobre las condiciones sanitarias de la población adulta mayor. Como no hay una política integrada (y en consecuencia, sostenida interinstitucionalmente) se señala que no se desarrollan políticas de promoción de la salud [Florida]. Cuando hay instituciones establecidas (como las residencias), tampoco hay suficiente apoyo de las instituciones sanitarias (públicas y privadas) para la labor desarrollada en, por ejemplo, los hogares de ancianos [Artigas].

En varios encuentros se señaló un déficit en la regulación y monitoreo de las residencias de larga estadía, sean estas privadas (casas de salud) o comunitarias (hogares). En casi todos los encuentros se señaló también la falta de fiscalización, lo que redundó en una serie de problemas importantes.

Estos problemas se agrupan en dos tipos. En primer lugar, lo que hace a la accesibilidad. Los hogares (organizaciones comunitarias) tienen cupos limitados que se llenan rápidamente. En segundo lugar, toman personas auto válidas, con lo que los más frágiles funcionalmente no reciben respuesta suficiente, siendo solo recibidos por “casas de salud”, en las que la calidad no es debidamente monitoreada. Además, solo acceden a este servicio aquellos que pueden pagarlo. Asociado a la posibilidad del acceso vía mercado y a la fiscalización, en Paysandú se señaló la alta volatilidad de las “casa de salud” que tienen, en general, corta vida. Tampoco los servicios de acompañantes brindan cuidados para personas dependientes con enfermedades crónicas (señalado, por ejemplo, en Florida).

La baja o nula regulación del sector se manifiesta también en la inexistencia de protocolos de intervención ante las diversas situaciones de dependencia [Paysandú], con lo cual tampoco hay pautas para las derivaciones que se presentan en la realidad. Se carece, según los participantes del debate de Salto, de una perspectiva integral para el abordaje bio–psico–social de la dependencia. Esto se manifiesta, por ejemplo, en situaciones ante las cuales el Sistema de Salud se hace cargo del caso, pero sin capacidad resolutoria y con la imposibilidad de realizar derivaciones institucionales adecuadas.

En este mismo sentido, un tema de gran relevancia analizado en San José fue la indiferenciación de los servicios. No hay residencias para personas con discapacidad, quienes son atendidos en forma indiferenciada en residenciales que carecen de instalaciones y capacidad acorde a la diversidad de poblaciones que atienden. Tampoco hay residencias para recuperación de personas mayores afectadas por dolencias que exigen cuidados intermedios y no permanentes (hospitales de día).

El segundo tipo de problemas refiere al mercado de trabajo y a los trabajadores del sector. Se señaló reiteradamente que los trabajadores de las residencias de larga estadía, los trabajadores de los servicios de acompañantes y también los cuidadores familiares carecen de la capacitación adecuada. Esto se manifestó con mucha fuerza en todos los debates realizados en el Interior y Montevideo.

También es objeto de preocupación la poca formalización del sector, así como la escasa regulación, hecho que redundó en varios tipos de problemas: bajas remuneraciones para los trabajadores del sector (Salto), inequidades de género (Florida), estigmatización de la trabajadora del sector (debido a los factores señalados anteriormente). Esta situación de estigmatización se ve agravada por la carencia de

mecanismos de contención ante una tarea altamente estresante. Todo esto crea una importante escasez de recursos humanos para los cuidados.

La falta de regulación del mercado de trabajo también impacta en la nula diferenciación entre el trabajo doméstico y el de cuidados especializados. “Hay personas que ofrecen servicios de cuidados junto a servicios domésticos que al poco tiempo terminan la relación laboral con reclamos ante el MTSS” (Rocha).

La falta de condiciones de accesibilidad y recursos técnicos son señalados por diversos participantes. En particular se indicaron dos tipos de problemas. Uno que tiene que ver con la conciencia general o con “asumir” globalmente el tema de las personas adultas mayores, por lo que no se toman en cuenta las barreras arquitectónicas que coadyuvan a su aislamiento social en las ciudades y en los servicios públicos, tales como el transporte. En lo que hace a las dificultades para la promoción de la autonomía, se señaló que las viviendas no están acondicionadas para albergar a personas adultas mayores con dificultades. Además, existen limitaciones más básicas de infraestructura, como se sostuvo en Soriano, donde se afirmó que hay condicionantes negativas a la buena atención en lo que hace a infraestructura edilicia.

2. FRENTE A LAS DIFICULTADES ¿CUÁLES SON LOS RECURSOS Y LAS OPORTUNIDADES QUE SE PERCIBEN EN EL TERRITORIO?

Evaluar las fortalezas de los distintos lugares del país a partir de las relatorías no se sencillo; en todas las reuniones de debate se profundizó en este aspecto. Sin embargo, hay algunos aspectos reiterados que parecen ser rasgos típicos de fortaleza institucional y que creemos son comunes a muchos departamentos. Por otro lado, hay otras fortalezas que parecen ser exclusivamente locales.

El relevamiento y análisis de las fortalezas es importante porque desde ellas es que se puede construir la política de cuidados. Las redes, las instituciones y las capacidades de distinto tipo son la base sobre la que construir una nueva institucionalidad, logrando que lo más valioso de las experiencias acumuladas por la sociedad y el sector público pueda ser potenciado.

Entre las potencialidades, en casi todos los departamentos se señaló la existencia de una comunidad organizada que gestiona residencias. Aunque no se mencione en todos los casos, también apareció la presencia de los complejos residenciales del BPS. Estos servicios preexistentes son mencionados con detalle en San José. Allí hay, según la relatoría, cuatro complejos habitacionales y en Ciudad del Plata, un comedor municipal. La provisión de servicios de la sociedad se manifestó en los hogares de ancianos. Se enumeran 30 residencias (17 en la ciudad de San José y 13 en el interior del departamento), pero no se explicitó cuáles de ellas son con fines de lucro y cuántas no lo son. También se señaló la existencia de varios grupos organizados en torno a instituciones públicas y de la sociedad que dan apoyo al trabajo con personas adultas mayores.

En Rocha se señaló una mejoría de la atención a las personas adultas mayores, relacionada con una mejora de la situación económica general, lo que habría permitido un mayor acceso a servicios privados y una mejor calidad de vida de las familias que tienen en su seno adultos mayores. Lo mismo se registra en la relatoría de Treinta y Tres. Se indicó que la Intendencia realiza un trabajo de coordinación entre los hogares y los servicios de salud, así como con los comedores municipales (aunque no se indica cuántos ni dónde están localizados).

En Rivera se sostuvo algo que podría ser generalizado a otras situaciones. El Carné del Adulto Mayor –que el Programa del Adulto Mayor del MSP provee como suerte de “historia clínica portable”– podría ser potenciado para relevar información sobre las situaciones de dependencia.

En Salto se señaló un conjunto importante de avances y fortalezas, algunas de ellas relacionadas con la presencia de la sociedad civil, como el Programa SUNCA (enseñanza para trabajadores), las experiencias comunitarias (gestión de hogares), y otras con el sector público (gobierno central e Intendencia). En este último caso se mencionaron el Programa para el Adulto Mayor de ASSE (que también fue mencionado en otras relatorías), el Programa Abuelo Amigo, los asientos especiales para los adultos mayores en el transporte colectivo y los pasajes gratis para los mayores de 70 años.

La relatoría de Cerro Largo indica con bastante detalle los servicios con qué se cuenta en el departamento. A nivel público indica la presencia del BPS y sus soluciones habitacionales (apoyo a hogares en diversos lugares del departamento), así como el apoyo de la Intendencia al hogar de ancianos de Melo y Rio Branco. Conviene señalar que estos apoyos son parte habitual del trabajo del BPS a través de sus programas radicados en la Gerencia de Prestaciones Sociales. A nivel comunitario se señalaron las redes de apoyo de la Universidad de la Tercera Edad (UNI3), la asociación de jubilados y pensionistas, y las instituciones religiosas. En lo que tiene que ver con el sector privado se sostuvo que las casas y residencias para adultos mayores, las casa de familia que dan albergue a adultos mayores, y los servicios de cuidados son todos ellos –junto con los servicios públicos y del tercer sector– recursos institucionales con que se cuenta para el desarrollo de una política de cuidados. En este marco, las experiencias de articulación interinstitucional (Programa de Salud Bucal MIDES–ASSE), el funcionamiento de la Mesa Interinstitucional de adultos mayores y la instalación de redes de cooperación a nivel departamental, fueron también señalados positivamente.

La creación del tercer nivel de gobierno (las alcaldías) fue mencionada en más de una relatoría (por ejemplo, Flores) como un mecanismo a favor de la cercanía territorial en la gestión y regulación de servicios. También en Flores, se sostuvo que los complejos habitacionales del BPS pueden potenciar la accesibilidad a servicios de cuidados. Asimismo, se señaló la importancia de la formación para cuidadores ofrecida por el BPS en los hogares.

3. PROPUESTAS

A partir del análisis de las debilidades y las fortalezas se señalan una serie de propuestas para avanzar hacia un *Sistema Nacional de Cuidados*, básicamente coincidente en todos los departamentos. Puede afirmarse que no hay oposición entre las visiones acerca de los componentes que deberían incorporarse para la conformación del Sistema.

Sin embargo, vale destacar que en la medida que no se sometió a debate ni los temas de financiamiento ni de la gestión, las propuestas se han concentrado en los servicios y acciones de reforzamiento de las estructuras e instituciones actuales, desde una perspectiva que –mayoritariamente– surge de la crítica a la situación y los modelos de atención existentes, propendiendo su mejora.

Es posible clasificar estas propuestas en las siguientes dimensiones:

a. Derechos

La sensibilización en derechos, la normativa para la defensa de las personas adultas mayores y el establecimiento de garantías de distinto tipo son propuestas que emergen con fuerza en casi todos los casos. Estrategias, acciones comunicacionales y educativas que involucren al sistema educativo en torno a la creación de conciencia sobre los derechos, son mencionados como instrumentos para evitar la discriminación, la estigmatización, el abuso, la violencia, e inclusive la estafa que se realiza sobre los bienes de las personas adultas mayores. Para eso se propone la aprobación de un Código del Adulto Mayor.

Como mecanismos institucionales para que la promulgación de derechos sea cumplida, se propone que se involucren coordinadamente al Estado y la sociedad civil en el seguimiento, apoyo y supervisión de los servicios.

b. Regulación

Como ya se ha mencionado, la regulación de los servicios y del mercado de trabajo mereció una amplia consideración de los participantes en todos los debates a nivel nacional. Respecto a la regulación, la propuesta más articulada es de Cerro Largo, donde se considera prioritaria “la competencia de un instituto único que regule las políticas que se dirigen a nivel del Estado para las personas adultas mayores”. Se apuntó también a la mejora en la instrumentación y accesibilidad de subsidios por parte del

Estado, así como a articular las inspecciones y regulaciones con la distribución de recursos y capacidades técnicas y de formación. Muchas otras relatorías señalan la misma preocupación con pocas variantes. También se señaló que esta regulación debe ser articuladora de las múltiples instancias institucionales de protección social que intervienen, tanto en la regulación de los servicios, como del mercado de trabajo de los cuidados. En uno de los departamentos, la relatoría introduce un matiz diferencial con la visión que hace al Estado garante de los derechos, tal cual viene señalándose hasta aquí. En efecto, en Tacuarembó se propone que se creen comisiones honorarias que sean las que velen por los derechos y garanticen los cuidados.

En el debate de Soriano, se planteó que el marco regulatorio establezca un piso de prestaciones, los costos mínimos, el perfil de la población y los requisitos mínimos de capacitación y formación para ser cuidador.

En lo que hace a la regulación de los recursos humanos y del mercado de trabajo, en todos los debates se planteó la necesidad de dar una formación adecuada a los trabajadores. Por su parte, en la zona centro de Montevideo se propuso que la regulación estableciera los contenidos de los programas mínimos o básicos de formación. Esto implica –como se propone en Soriano– definir los perfiles ocupacionales de las distintas modalidades de cuidador. Así se plantea que la formación sea permanente (Treinta y Tres) y que se realice a dos niveles: nacional y territorial. Se llegó a proponer la creación de un instituto para la formación de cuidadores y la creación de equipos de formadores a nivel departamental (Rocha). También se planteó que la formación sea a diversos niveles (familiares, trabajadores de instituciones y trabajadores especializados). En la formación debe incluirse no solo a los profesionales del cuidado sino también a los administradores de las instituciones en gestión de organizaciones de cuidados. En Cerro Largo se propuso la “capacitación diferencial de cuidadores de población adulta mayor dependientes y de personas con discapacidades y dependencia vinculadas al campo de la salud mental”. Asimismo, se propuso que se desarrollen instancias de formación con perfil de cercanía y en la comunidad de origen, orientadas a un buen manejo de las capacidades y recursos de la localidad.

En lo que hace a la regulación del trabajo en sí, se reclamó el reconocimiento de los derechos de los trabajadores sobre sus salarios, condiciones laborales y formalización, tanto para los trabajadores familiares como los que no lo son. En materia de regulación del trabajo se propuso el “ingreso al consejo de salarios de un grupo específico de trabajadores en materia de cuidados y atención a la dependencia” (Cerro Largo).

El tema de la protección del trabajador es un punto destacadísimo de la agenda de debates. En este aspecto se planteó el acceso a terapias ocupacionales y mecanismos de protección y contención para los cuidadores.

c. Gestión

El tema de la gestión del sistema también estuvo presente en los debates y constituye un aspecto esencial en la construcción del Sistema. En primer lugar (aunque no necesariamente este sea el orden en los debates), se propuso que la política sea descentralizada, es decir que reconozca la diversidad de necesidades en el territorio y que se apoyen en los nuevos niveles de gobierno del país.

De acuerdo a lo propuesto en la mayoría de los debates, la gestión debe ser en red. Esto significa que los recursos del sector público, privado lucrativo y privado sin fines de lucro, articulen sus acciones en varios de los aspectos de la política. Fundamentalmente, en la oferta de servicios y capacitación. En este trabajo en red, la sociedad juega el rol de vigilancia y es a quién se le debe rendir cuentas. También se reclamó que la sociedad sea proveedora de trabajo voluntario e inclusive se planteó la aprobación de una Ley de Voluntariado para concretar esta propuesta.

El trabajo en red debe tener la potencialidad de vincular el sector recreativo (deporte, turismo, etc.) con el sanitario y el social, en el marco de una mirada o visión global de la problemática del adulto mayor y la dependencia. Este trabajo en red permitiría cubrir los aspectos que hacen a la accesibilidad, con la promoción de la salud (promoción del autocuidado) y la intervención eficiente en los cuidados, ya sea de rehabilitación, albergue o apoyo para las actividades de la vida cotidiana. Tal cual se ha mencionado ya, se sostiene que las Mesas Interinstitucionales del adulto mayor pueden jugar un papel importante en la gestión de la política.

d. Fortalecimiento y creación de servicios

Este aspecto del Sistema de Cuidados fue tal vez el que más cantidad de propuestas recibió de los participantes en los distintos debates. En Cerro Largo se consideró que las respuestas (de servicios) deberían estar orientadas en dos direcciones. Por un lado a mejorar lo que ya existe, fundamentalmente hogares de ancianos a nivel privado o sin fines de lucro, y por otro, la generación de respuestas focalizadas en centros de día y hogares sustitutos (modalidad que viene siendo trabajada por la Mesa Interinstitucional). La preocupación de Cerro Largo tiene dos componentes diferenciados. El primero hace a las modalidades de atención en residencias de larga estadía, para lo que se propuso su fortalecimiento y la creación de instituciones de nuevo tipo, que por un lado brinden modalidades residenciales alternativas (hogar sustituto) y por otro, la creación de instituciones que provean cuidados de baja complejidad, funcionales al respiro de los cuidadores familiares.

Esta iniciativa de fortalecimiento de las instituciones residenciales estuvo presente en todas las propuestas. También se identificó la necesidad de centros de día (y también centros de noche) en la mayoría de los debates. Asimismo, se señaló también la necesidad que estas instituciones actúen no solo como espacios de socialización, en las que se incluyan actividades de recreación de las personas adultas mayores [Salto] y de respiro para los familiares cuidadores, sino que además se realicen actividades de rehabilitación [Río Negro]. Además, se planteó la necesidad de construir residencias para personas con discapacidad y “residencias de recuperación” (servicios hospitalarios especializados) [San José].

Si bien la anterior es una preocupación compartida en todo el país, también lo es la de retardar la institucionalización de las personas adultas mayores y evitar el desarraigo. En este sentido, se realzan varias propuestas de servicios para evitar o retardar la institucionalización [Flores]. En Paysandú, por ejemplo, se propuso promover la complementariedad de recursos para promover la autonomía. También se planteó el desarrollo de viviendas tuteladas, las cuales permiten a las personas residir en una vivienda familiar, pero con recursos de cuidados en cercanía. Para ello, se propuso la readaptación de las viviendas de jubilados y pensionistas administradas por el BPS [Montevideo este]. Este fue uno de los temas centrales en la sesión del tercer debate en Montevideo. En ellos se hicieron planteos diversos, pero muchos de ellos coincidentes con los del Interior. Para no llegar a la institucionalización hay que reformar el modelo de cuidados domiciliarios. La adaptación en la vivienda también es un punto a bajar, dado que favorece la calidad de vida y disminuye los peligros ambientales.

Para llegar a las personas que viven en lugares más alejados, evitando así su traslado a las ciudades, se propuso la formación de “brigadas” que lleguen a ellas [Flores], fortalecer el papel de los “referentes comunitarios” [Soriano] y el desarrollo de servicios de acompañamiento para resolver situaciones puntuales [Soriano].

En una línea que ya entra en el tratamiento a los dependientes, pero desde una visión de no institucionalización, en Treinta y Tres se propuso el “desarrollo de una red de servicios basados en modelos diferentes a las residencias de larga estadía, que brinde servicios a las personas dependientes y también a sus familias”. En Florida, se señalaron algunas modalidades como alternativas a la institucionalización, por ejemplo, la figura de “agente multifunción” que cumpliría tareas de cuidados sencillas, trabajando en su comunidad. Otra figura similar que se propuso es el “enfermero itinerante”, para trabajar con personas dependientes luego de una internación o intervención. Se manejó esta modalidad para otras gestiones, trámites, o para resolver situaciones de la vida cotidiana como compras, por ejemplo. Algo semejante se propuso en Río Negro, donde se afirma la necesidad de instrumentar un Sistema de Atención en Domicilio cuando la persona tenga dificultades para movilizarse.

Un tema diferente fue el tratamiento del Hospital Geriátrico Piñeiro del Campo. En Montevideo se propuso que se debe replicar experiencia del Piñeiro, creándose cuatro centros más de este tipo el país. Allí se brinda atención integral a las personas adultas mayores y se forma al personal que atiende al residente. En rigor, lo que se propuso es que el Piñeiro –o más específicamente, su modelo– se replique territorialmente y que siendo la política de cuidados un sistema, este modelo hospitalario esté en el vértice dando inclusive la formación a las y los cuidadores del sistema.

DEBATES CENTRALES



SOC. MARIANA GONZÁLEZ

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL, FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES – UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Las mesas de debate se llevaron adelante durante los días 5, 12 y 26 de setiembre de 2012.

En la primera mesa del 5 de setiembre se presentó el documento base para el debate, a cargo de la Psic. Gabriela Etchebehere, con comentarios de la Dra. María Esther Mancebo y la experta chilena, Paula Quintana. Se presentaron también avances de investigaciones a cargo de la Prof. Rosario Aguirre y de la Dra. Karina Batthyany. En el primer caso se trata de una investigación sobre las personas que realizan tareas de cuidado de manera remunerada y en el segundo respecto a las preferencias y opiniones de la población sobre cuidados. A partir de todos estos insumos, se realizaron las dos mesas posteriores, para el intercambio y debate entre las personas participantes.

Los objetivos de las mesas de debate fueron:

- Generar insumos que aporten al Sistema de Cuidados, en especial en lo referente al modelo de servicios (caracterización de la población, servicios existentes, necesidades por grado de dependencia, otros).
- Aportar a la construcción del documento base para el debate en conjunto con la consultora seleccionada.

La dinámica establecida para las mesas de debate fue la siguiente:

- En la primera mesa se presentaron los documentos de base que constituyeron insumos para la discusión y fueron comentados por especialistas;
- En la segunda, el diálogo se concentró en la identificación y caracterización del problema;
- En la tercera, se abordó el análisis de los posibles modelos o alternativas de políticas públicas.

En la segunda mesa de debate del 12 de setiembre de 2011, desde la relatoría se plantearon aspectos del **marco general** presentado en la primera mesa, sobre las cuales se creyó importante asentar el intercambio.

- No tratar el tema de los cuidados “como un problema individual y, por tanto, que debe ser resuelto individualmente, para comenzar a tratarlo como un problema colectivo, social y que por tanto requiere de respuestas colectivas” (Aguirre, 2003).
- El Sistema de Cuidados es un componente más de la estructura de la **matriz de protección y bienestar social**.
- El Sistema de Cuidados implica: prestaciones y licencias, cuidado infantil en el hogar y servicios públicos de atención para cuidado fuera del hogar.

Se presentaron lo que se consideraron las principales **claves para un sistema integral de desarrollo en la primera infancia**.

- Conciencia social sobre el impacto en la primera infancia, sobre el carácter de asunto de Estado y de corresponsabilidad entre mujeres y hombres.
- Desde el reconocimiento de derecho en el discurso, a constituirse en garantía por ley.

- Integralidad, por lo tanto, intersectorialidad.

Y se reiteró la **definición del problema** tal como se había acotado en el documento base: *¿Cómo definir una política pública que garantice tanto el derecho de niños y niñas a desarrollarse integralmente desde cuidados con calidad, y de las familias a ser apoyadas en esa corresponsabilidad, desde acciones que reviertan la carga de trabajo femenino no remunerado que implica esa atención?*

Se seleccionaron algunos de los **principales datos a considerar** para la discusión sobre el Sistema de Cuidados en la primera infancia.

- Según las proyecciones de población del INE, la población total de entre 0 y 3 años al 2010 es de 191.547.
- Según los datos de la ECH de 2009, la distribución de niños y niñas menores de 3 años por deciles de ingreso indica que el 50% de los mismos vive en el 30% de los hogares más pobres.
- La atención a esta población en los hogares de menores ingresos es altamente dependiente del sistema público y del trabajo no remunerado del hogar, fundamentalmente mujeres (madres, esposas, abuelas, hijas).
- En la medida en que los ingresos aumentan se constata mayor contratación de servicios de cuidado privados (centros educativos, cuidadores y cuidadoras).
- Las mujeres con niños y niñas de 0 a 3 años tienen una tasa de actividad de 78% si asisten a un centro y 58% si no asisten.

En lo que hace a los **cuidados en el hogar**:

- Cuanto menor la edad de los niños y niñas, mayor es el tiempo dedicado al cuidado infantil en el hogar.
- “Considerando una franja etaria más amplia (0 a 12 años) en hogares biparentales y donde ambos padres trabajan en forma remunerada, la Encuesta de Uso del Tiempo mostró que las mujeres dedican 19 horas semanales al cuidado infantil y los hombres 10 horas”.
- “En el total del país: 4,5% de los hogares con niños menores de 3 años contrata alguna persona para atender su cuidado. Se eleva a 9% a partir del III quintil de ingresos del hogar y llega al 10% en el cuarto y quinto quintil” (Salvador y Pradere, 2009)
- El gasto en los cuidados de niños y niñas se concentra en los dos últimos quintiles. El gasto promedio mensual al 2008 es de \$2100 para el total del país (cuidados en el hogar).
- No existe regulación para cuidado en el hogar por personal externo a la familia.
- Hay aproximadamente 100 mil mujeres encargadas del cuidado de niños menores de 3 años de forma no remunerada, concentrándose en los hogares de menores ingresos.

De acuerdo al estudio de Salvador y Pradere (2009) se puede caracterizar los cuidados en el hogar, en función del nivel socioeconómico de las familias, de la siguiente manera:

<p>Hogares de bajos ingresos</p>	<p>Dependen de servicios y prestaciones del sector público. La división sexual del trabajo es más marcada. Predomina el “modelo de proveedor tradicional” (hombre ocupado y mujer inactiva o desempleada) o “modelo de proveedor modificado” (hombre ocupado a tiempo completo y mujer ocupada a tiempo parcial). La jornada laboral de los hombres es muy extensa dificultando la conciliación y la división de tareas en el hogar.</p>
<p>Hogares de ingresos medios</p>	<p>La inserción laboral de las mujeres es similar o menor a la del hombre, pero carga con más trabajo no remunerado. Este modelo está más concentrado en Montevideo, donde existe mayor participación laboral de las mujeres pertenecientes a estos estratos de ingreso.</p>
<p>Hogares de ingresos medios altos y altos</p>	<p>Aparece la pauta de inserción laboral más igualitaria o de doble carrera con la pauta tradicional de mayor carga de trabajo no remunerado en las mujeres. El ingreso obtenido en el mercado laboral cubre el costo de contratar servicio.</p>

En lo que hace a los **cuidados fuera del hogar**, se destacan:

- Servicios financiados con fondos públicos: centros CAIF, centros infantiles del INAU, jardines de ANEP/CEIP, centros del Programa Nuestros Niños de la IM, y otros organismos con menor cobertura.
- En el ámbito privado: Centros de Educación Infantil Privados (CEIP) supervisados por el MEC y los colegios privados supervisados por la ANEP.
- La cantidad total: 77.600, lo que significa una cobertura del 40% entre los 0 y 3 años.
- La cobertura por edades simples es creciente con la edad: 15% en 0 (6,8 mil), 33% en 1 año (15,6 mil) y 47% en 2 años (22,4 mil), 68% en 3 años (32,8 mil). (Perera y Llambí, 2010).
- Existe un fuerte liderazgo público.
- Es menor el porcentaje de niños de los quintiles II a V que asisten a centros de educación inicial.

Si se atiende cada uno de los sistemas de cuidados fuera del hogar, se obtiene:

PÚBLICO	PRIVADO	PRIVADO CON FINANCIAMIENTO PÚBLICO
Centros INAU Acogimiento familiar INAU Otros	Centros de Educación Inicial Guarderías Jardines en Colegios Privados Niñeras Servicio Doméstico* Familiares Pagos	CAIF Nuestros Niños Otros

Algunos datos sobre **costos** del Sistema de Cuidados fuera del hogar:

- En promedio los hogares del interior gastan en educación de niños y niñas menores de 3 años \$1.088 mensuales y los de Montevideo \$2.315. En la capital el 83% de los hogares que realizan gastos por educación pertenecen a los dos últimos quintiles de ingresos.
- Gasto del Estado en centros:
Estimativo a partir del gasto que implican los centros CAIF (Proyecto Desarrolla, 2009)
 - 1) 4 horas a niños/as de 2 años: \$ 2.522
 - 2) 8 horas a niños/as de 2 años: \$ 2.849
 - 3) 4 horas a niños/as de 3 años: \$ 2.463
 - 4) 8 horas a niños/as de 3 años: \$ 2.447
- Extender la cobertura del Plan CAIF hasta alcanzar a todos los niños y niñas pertenecientes a los hogares del primer quintil de ingresos, lo que se traduciría en un incremento de la cobertura global que alcanzaría el 61% (45% de los menores de 1 año, 53% de los de 1 año, 64% de los de 2 años y 84% de los de 3 años) implicaría la construcción de 191 centros (inversión de US\$ 55 millones).
- Presupuesto de funcionamiento ascendería a US\$ 36 millones anuales = 0,1 del PBI. (Proyecto Desarrolla, 2009).

En lo que hace a las **opiniones y preferencias de la población**, los primeros datos del estudio que se está llevando adelante indican:

- Los 2 años constituyen un punto de inflexión.
- Un tercio población prefiere el cuidado exclusivo de la pareja hasta los 2 años.
- Dos tercios prefiere el cuidado en el entorno familiar hasta los 2 años.
- 22% plantea como situación deseable el centro infantil.
- Diferencias por sexo marcadas: varones más familiaristas que las mujeres.
- A niveles socioeconómicos más bajos, más familiaristas.

En cuanto a las **personas que trabajan remuneradamente en cuidados** se obtiene:

LUGAR	NIÑOS/AS	ENFERMOS/AS	ADULTOS/AS MAYORES	TOTAL EMPLEOS CUIDADOS
Institución	34.2	37.1	53.5	39.6
Vivienda	12.7	1.5	2.7	8.1
A domicilio	52.5	60.7	43.6	51.7
Otro	0.6	0.7	0.2	0.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Las **licencias y prestaciones** que existen actualmente en el país son las siguientes:

- Licencias laborales: se limitan al período de maternidad y paternidad. 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.
- Período de lactancia: media jornada para el sector público y de 2 medias horas en la jornada diaria de trabajo para las trabajadoras del sector privado, hasta los seis meses de edad del hijo (aunque puede extenderse según indicación médica).
- Licencias por paternidad: en el sector público son diez días hábiles y en el sector privado, tres días corridos. En este caso el costo de la licencia lo asume el/la empleador/a.
- Anteproyecto de Ley: licencias por maternidad y paternidad (2005) se igualan en parte estos derechos para trabajadores dependientes de la actividad privada.
- Prima por nacimiento en públicos.
- Transferencias monetarias (no dirigidas específicamente al cuidado, pero que contribuyen con el mismo): Asignaciones familiares (contributivas – brindadas por BPS, destinada a completar ingresos de las familias de trabajadores dependientes con menores a cargo y por Plan de Equidad – destinada a completar ingresos de las familias en situación de vulnerabilidad socio-económica con menores a cargo).
- Apoyo alimentario: prestaciones de oferta pública dirigida a niños, niñas y embarazadas en situación de riesgo social o nutricional.

El marco de **compromisos internacionales** suscriptos por el Uruguay en el que se inserta el Sistema de Cuidados en la primera infancia incluye:

- 1989: Convención de los Derechos del Niño. 1990: Uruguay – Ley 16.137.
- 1994: Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo.
- Objetivos de Desarrollo del Milenio. Metas 2000–2015.
- Seguimiento de la Educación para Todos (UNESCO–MERCOSUR Educativo). Atención y Educación de la Primera Infancia (AEPI) “En la práctica la atención y la educación son inseparables y todo servicio de calidad debe comprender ambos aspectos”.
- CEDAW
- Directrices de la Naciones Unidas sobre modalidades alternativas de cuidado de los niños y niñas.

Las principales **leyes y documentos nacionales** que rigen como marco son:

- Código de la niñez y la adolescencia (Uruguay, 2004: ley 17.823)
- ENIA: Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia y Plan de Acción 2010–2015. Implica:
 - Políticas de apoyo a las familias.
 - Políticas con énfasis en primera infancia.
 - Articulación en un sistema único de atención a la primera infancia.
 - Normativa de soporte a las funciones de cuidado familiar.
 - Fortalecimiento de las articulaciones institucionales.
 - Políticas dirigidas a la creación de conciencia ciudadana y de transformación cultural.

La normativa que rige los centros de atención a la infancia contempla:

- Ley General de Educación (18.437): Papel histórico por incluir la educación a la primera infancia en el marco del derecho a la educación para todos y para toda la vida, desde una concepción de educación permanente.
 - Capítulo V: Educación de Primera Infancia. Art. 38 – La educación en la primera infancia comprenderá el ciclo vital desde el nacimiento hasta los tres años, y constituirá la primera etapa del proceso educativo de cada persona, a lo largo de toda la vida.
 - Art. 99 – Creación del Consejo Coordinador de Educación en la Primera Infancia (CCEPI). Integrado por: Ministerio de Educación y Cultura (preside), Consejo de Educación Inicial y Primaria de la ANEP, Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, Ministerio de Salud Pública, de los educadores en primera infancia y de los centros de educación infantil privados.
 - Art. 100 – Al Consejo Coordinador de Educación en la Primera Infancia le compete:
 - a. Promover una educación de calidad en la primera infancia.
 - b. Articular y coordinar los programas y proyectos de educación en la primera infancia que se desarrollen en el país, en función de los principios, orientaciones y fines que determina la presente ley.
 - c. Realizar propuestas relacionadas con la educación en la primera infancia a la Comisión Coordinadora del Sistema Nacional de la Educación Pública y a la Comisión Nacional de Educación.
 - d. Promover la articulación de las políticas educativas con las políticas públicas para la primera infancia.
 - e. Promover la profesionalización de los educadores en la primera infancia.
 - f. Asesorar al Ministerio de Educación y Cultura para la autorización, supervisión y orientación de los centros de educación infantil privados.

La regulación sobre cuidados en la primera infancia incluye:

- Diseño curricular de 0 a 3 años (MEC).
El Diseño Básico Curricular es un documento con fuerte sustento teórico y científico en cuanto a las concepciones de infancia, desarrollo, aprendizaje y educación. No es un documento cerrado y parte de la necesaria intervención de los diferentes actores en el proceso educativo en esta etapa para lograr su adecuado desarrollo. El currículo que se aplique finalmente estará a cargo de los profesionales que trabajan en cada institución.
- Requisitos necesarios para la autorización y funcionamiento de los Centros de Educación Infantil (CCEPI, 2011).
- Garantizar los derechos fundamentales de los niños y niñas, reconocidos en la Constitución de la República, la Convención Internacional de los Derechos del Niño y las leyes vigentes.
- Los requisitos establecidos se agrupan en los que refieren a la propuesta educativa, a los recursos humanos y a la infraestructura edilicia.

Regulación para el cuidado en el hogar:

- Licencias.
- Cuidado en el hogar por personal externo a la familia. No existe regulación.

Regulación para los centros de educación infantil:

Para el caso de los servicios de centros de educación y atención a la primera infancia se viene regulando desde la definición del tipo de servicios, las prestaciones mínimas y los perfiles profesionales y técnicos de quienes llevan adelante las tareas (CCEPI, 2011).

La **formación de los recursos humanos** para el trabajo en cuidados actualmente es:

A nivel privado:

- Universidad Católica Dámaso Larrañaga. Licenciatura en Educación Inicial. Tecnicatura en Educación Social.
- Centro de investigación y experimentación CIEP. Carrera de educador inicial. Tecnicatura en Educación inicial y Primera Infancia. Curso de Ayudante de Educación Inicial.

- Academias no acreditadas.
- **A nivel público:**
- Acciones coordinadas Ministerio de Educación y Cultura Área Primera Infancia e INAU, CENFORES (OIE) (2010) “Proyecto Fortalecimiento de las capacidades de los docentes en centros de educación en la primera infancia de contextos desfavorables” 2^{da}. edición.
A partir de esta información es posible destacar lo siguiente:
- Se constata falta de personal formado.
- Poca oferta pública de formación.
- Cambios en planes a nivel magisterial: actualmente no existe oferta pública para la formación específica de maestras y educadoras de 0 a 6 años.
- CENFORES desde el programa de formación en servicios (CAIF, INAU, y convenio con MEC).
- Inicio de camino hacia una formación universitaria específica (IUDE).
- Desde la esfera privada, son sólo dos las instituciones reconocidas y habilitadas por el MEC.

Estimación de personas ocupadas (ocupación principal) según población cuidada: 45.000 personas aprox. 4% de los ocupados 2006

TIPO	FRECUENCIAS Ponderadas	%
CUIDADO NIÑOS/AS	25.588	57
CUIDADO ENFERMOS/AS	8.282	18
ADULTOS/AS MAYORES	11.445	25
TOTAL	45.315	100.0

Se trata de un sector casi exclusivamente femenino:

TIPO	VARONES	MUJERES
NIÑOS/AS	3.0	97.0
ENFERMOS/AS	6.1	93.8
ADULTOS/AS MAYORES DEP.	5.1	94.9
TOTAL OTRAS OCUPACIONES	58.4	41.6

Breve resumen de la situación actual:

Fortalezas	Dificultades
<p>Anteproyecto de Ley: Licencias por maternidad y paternidad (avances)</p> <p>Cierta tendencia a la corresponsabilidad en los cuidados.</p> <p>Inclusión en la Ley de Educación y CCEPI.</p> <p>Diseño curricular y requisitos mínimos.</p> <p>Ampliación de la cobertura en Plan CAIF.</p> <p>Proyecto de inclusión de formación específica en el IUDE.</p> <p>Investigaciones, documentos y producción académica que aportan al tema.</p>	<p>Cuidado muy familiarizado y feminizado.</p> <p>Licencias insuficientes para mayor cuidado en el hogar durante el primer año.</p> <p>Inexistencia de pautas ya establecidas para la regulación y acreditación del cuidador/a en el hogar.</p> <p>Falta de cobertura en servicios públicos de 0 a 3 años.</p> <p>Dificultades en regulación y habilitación de centros privados de 0 a 3 años.</p> <p>Falta de personal formado y poca oferta pública de formación para personal para trabajo en centros.</p>

Entre los **puntos de acuerdo** de las presentaciones se destaca:

- Inclusión del Sistema de Cuidados en un marco de derechos.
- Cuidados como responsabilidad social. En primera infancia el Estado tiene un papel fundamental: desarrollo integral de la primera infancia es asunto de Estado.
- Hace parte de la matriz de protección y bienestar.
- Política universal con gradiente en focalizaciones.
- Necesidad de articulación interinstitucional para lograr integralidad.

- Sistema debe propender a la corresponsabilidad (familias–Estado; hombres–mujeres). Si no está orientado a la igualdad de género reproducirá la desigualdad y las inequidades.
- Las familias deben tener la posibilidad de optar entre diferentes modalidades.

Se propuso como **ejes de discusión** para la mesa de debates del 12 de setiembre:

- **Necesidades:** ¿En qué situación estamos como sociedad y cuáles son las principales necesidades en relación a los cuidados en la primera infancia?
- **Regulaciones:** (licencias maternales y parentales, regulación de centros, certificaciones requeridas para el trabajo en cuidados) ¿Cuáles son las principales fortalezas y debilidades de nuestro actual sistema de regulación?
- **Recursos humanos:** Necesidad de capacitación específica y calificada. ¿Qué aspectos atender? ¿Quién capacita? ¿Quién regula y controla? ¿Cómo se cubre actual déficit? ¿Cómo integrar a los varones?
- **Adaptación territorial y social:** ¿Qué aspectos atender y asegurar para que el sistema cubra efectivamente todo el país y exista una gama de opciones?

A efectos del debate se sugirió tener en consideración los siguientes aspectos:

- Necesaria gradualidad: pensar en términos de plazos (corto, mediano y largo plazo).
- Posibilidad de distinguir los diferentes tramos etarios (menos de 1 año; entre 1 y 3 años).

En la tercera mesa de debate del 26 de setiembre de 2011, se realizó una devolución de los principales aspectos discutidos en la instancia previa, del 12 de setiembre, para pasar luego al debate sobre posibles alternativas.

Desde la relatoría se destacaron los siguientes **aspectos surgidos en el debate anterior**:

Definición y delimitación de cuidados:

- Se manifiestan diferentes posiciones sobre la necesidad de afinar la definición y distinguir (sin llegar a dicotomizar):
Cuidados – Educación.
Cuidados – Salud.
Cuidados – Crianza.
- Cuidados como una parte de desarrollo integral de la primera infancia.
- Estas definiciones y delimitaciones impactan sobre los recursos humanos, sobre la capacitación y formación necesarias, sobre las regulaciones a atender.

Sujetos beneficiarios del Sistema de Cuidados:

- Diferencias de énfasis:
 - Sujetos beneficiarios son los niños y niñas: desde la gestación y diferenciando diferentes necesidades de acuerdo a etapas vitales.
 - Sujetos beneficiarios son las familias: fortalecer a las familias en su rol; avanzar en medidas que apoyen el cuidado en el hogar: licencias, corresponsabilidad. Asegurar cuidados en centros especializados de calidad, accesibles y que aseguren flexibilidad.
 - Sujetos beneficiarios son las personas que cuidan.
 - Rol de la comunidad y organizaciones sociales y territoriales.

Vacíos de información que se presentan:

- Faltan algunos datos para precisar el diagnóstico y delimitar el problema de manera más precisa. Por ejemplo:
 - Hogares monoparentales con niños y niñas menores.
 - Mayor identificación de los casi 114.000 niños y niñas (60% de este tramo de edad) que no concurren a ningún centro del Estado.
 - Número de niños y niñas que requieren cuidados especiales
 - Recursos humanos necesarios y niveles de especialización requeridos.
 - Información sobre cobertura geográfica, número, horario de cobertura, características de centros actuales.

- No está la oferta privada (número, ubicación y cobertura).
- Especificidades del interior y áreas rurales.

Institucionalidad:

Dos opciones:

- La institucionalidad debe estar clara desde el inicio.
- La institucionalidad es una discusión posterior.
 - Características: las instituciones fundamentales ya existen, con fortalezas y debilidades.
 - Se está discutiendo y pensando el sistema en conjunto, lo que debería facilitar articulaciones y arreglos interinstitucionales.
 - Evitar excesiva burocratización del sistema.
 - Distinguir las funciones de diseño y rectoría, regulación y gestión.

Existe experiencia acumulada sobre la cual apoyarse:

- Necesidad de capitalizar y potenciar las experiencias acumuladas:
 - Experiencia Plan y centros CAIF: cuentan con estándares de calidad, sistema de seguimiento, participación de la sociedad civil.
 - Primera área de infancia del MEC.
 - Experiencias de INAU en acogimiento familiar y adopciones, de importante impacto aunque con poco peso numérico.
 - Experiencia territorial y comunitaria de Nuestros Niños en Montevideo.
 - Buenas prácticas de crianza de la Escuela de Enfermería.
 - Necesidad de evaluaciones, análisis de impactos sobre el desarrollo y aprendizaje, sobre pautas de crianza en las familias, incorporación de nuevos valores y roles de género (en familias, educadores y niños/as), etc.

El Sistema de Cuidados en primera infancia se debe pensar y proponer desde **diferentes líneas de acción**:

- No hay una sola respuesta para el Sistema de Cuidados en primera infancia. Se requiere de respuestas variadas.
- Se debe pensar un diseño institucional que contemple diferentes realidades sociales y territoriales.
- Los apoyos deben venir de diferentes ámbitos e instituciones.
- Se debe pensar un modelo flexible y con posibilidad de opciones.
- Hay avances y experiencias en cuidados fuera del hogar, se carece de marco regulatorio para cuidados dentro del hogar.

En el documento base para la discusión se plantearon las siguientes propuestas.

1. POLÍTICA DE FORTALECIMIENTO A LAS FAMILIAS EN EL CUIDADO DE SUS HIJOS E HIJAS

Propuesta 1. EN LOS HOGARES

- **Política universal:** Apoyar el rol de la familia (en sus diversas configuraciones) para el cuidado de los niños y niñas. En dicho marco, las familias tendrán la posibilidad de optar la modalidad de cuidado (en el hogar y/o en centros de atención a la infancia de calidad).
- **Cuidado en el hogar:** *Franja 0 a 1 año.* Se sugiere que el cuidado pueda ser en el hogar durante el primer año de vida, salvo en los casos en que las particularidades de las familias lleven a que en la ecuación costo–beneficio para el niño sea más saludable ingresar a un centro.
- **Objetivo:** Apoyar a las familias en el marco de la corresponsabilidad de la madre y/o padre en el cuidado de los niños y niñas.

Líneas de acción planteadas para:

1. Fortalecimiento a las familias

Corto y/o mediano plazo	Mediano y/o largo plazo
<p>Anteproyecto de ley (MTSS) : Licencias por maternidad/paternidad para madre y padre de 18 semanas y 10 días respectivamente a partir de la fecha de nacimiento del hijo/a. Subsidios por maternidad/ paternidad en los períodos establecidos (10 días para el padre y 14 semanas para la madre)</p> <p>Se sugiere tender a</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Licencia de ambos padres en el primer mes. 2. Licencia para el cuidado por parte del padre o madre en los primeros 6 meses de vida del niño/a. (Incluye situaciones de adopción) 3. Se sugiere tender a lo mismo para las opciones 1 y 2. En cuanto al trabajador no formal, se sugiere prever el cobro de una prestación equivalente a la licencia, como política social 	<p>El Anteproyecto plantea medio horario para la madre.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Se sugiere medio horario para el cuidado en padre y madre (de 6 meses a 1 año). 5. Medio horario para uno de los padres en caso de que se opte por una modalidad mixta de cuidados (asistencia a un Centro y cuidado por parte del progenitor en uso del medio horario). 6. Cuidado en el hogar a cargo de un familiar o referente capacitado (cuidadora), debidamente acreditado con regulación Estatal Prestación económica/o descuento IRPF. 7. Otorgamiento de partidas universales.

Evaluación de experiencias fortalecimiento a familias mediante licencias:

- **Ventajas:** Documentos analizados plantean que en las sociedades europeas el trabajo a tiempo parcial y los horarios de trabajo flexibles han contribuido en el cuidado de los niños, asegurando el trabajo en las mujeres, ayudando a las familias a equilibrar vida familiar y laboral.
- **Desventajas:** Documentos sobre experiencia escandinava plantean que la extensión de los permisos parentales remunerados y el apoyo al empleo a tiempo parcial de las madres, han desincentivado el empleo a tiempo completo de las mujeres, generando asimetrías, disminuyendo las probabilidades de corresponsabilidad en tareas no remuneradas, consolidando la construcción social de la figura del padre como sustentador familiar. No hay formación ni acreditación para las cuidadoras externas a la familia.

2. POLÍTICA DE FORTALECIMIENTO A LAS FAMILIAS EN EL CUIDADO DE SUS HIJOS/AS.

Propuesta 2. ATENCIÓN EN CENTROS (Franja: 1 a 3 años)

- **Universal:** Accesibilidad a centros de calidad y cuidados integrales. Contemplar modalidades diferentes en función de las necesidades de las familias y el niño/a. Toda familia tendrá derecho a contar con la posibilidad de ingreso de los niños/as a un centro desde 1 año. La inserción de los niños y niñas podrá obedecer a un criterio de cercanía (territorial), pudiéndose optar por las distintas modalidades públicas o privadas. Dichos centros deben cumplir con los requisitos estipulados por el CCEPI.
- **Cuidados en centros de atención la primera infancia antes del año:** Se plantea la incorporación en función de criterio de accesibilidad territorial a un centro de calidad: en caso de que las familias opten o sea preferible la asistencia a un centro a tiempo parcial que la estadía diaria prolongada en el hogar. Deben cumplir con los requisitos estipulados por el CCEPI.
- **Objetivo:** Garantizar el derecho de los niños a contar con una atención integral y de calidad en centros.

Líneas de acción planteadas para:

2. Cuidados fuera del hogar

Propuestas a corto y/o mediano plazo	Propuestas a mediano y/o largo plazo
<p>1. Ampliación de la cobertura pública de atención desde programas integrales de atención a la infancia y la familia de 1 a 3 años.</p> <p>2. Universalización de 3 años como está planteado desde las proyecciones en la ENIA.</p>	<p>3. Ampliación de la cobertura con apoyo en sector privado:</p> <p>3.1. Subsidio estatal para el incremento de la cobertura por parte de Centros privados que cuenten con una evaluación favorable por la calidad de los servicios que brindan (ej. sistema becas), para brindar el servicio a aquellas familias que no puedan costearlo.</p> <p>3.2. Descuento del IRPF: En compensación al desembolso que implica el ingreso a un centro privado.</p> <p>3.3 Incentivo a empresas para la instalación de centros para los hijos/as de sus empleados/as.</p>

Ventajas

Reducir las inequidades sociales que se gestan en la primera infancia vivida en un contexto de carencias materiales y ausencia de cuidados –y estímulos– de calidad, que en el peor de los casos se traducen en expresiones biológicas de la inequidad social.

Desventajas

- Si bien se plantea como universal, en zonas rurales pueden plantearse dificultades.
- Se parte de una realidad de demanda insatisfecha, de necesidad de más centros de calidad que se deberá abordar.
- Dificultades que puede implicar la regulación de los Centros, siendo una responsabilidad pública el garantizar servicios de calidad. El trabajo en edades tempranas requiere una formación dada su especificidad que habrá que pensar cómo instrumentarlo.

Se propuso organizar el tercer debate tratando de ubicar las propuestas en alguno de los siguientes cuadrantes de manera de ordenar la discusión:

		Formación – capacitación	Regulación
Cuidados en el hogar	Cuidados parentales		
	Cuidados extra–familiares		
Centros especializados y de calidad			

Aspectos a considerar en las propuestas:

- Tramos de edad a los que apuntamos
- Plazos (corto, mediano y largo plazo)
- Adaptación territorial
- En caso de cuidados extra–familiares en el hogar o centros especializados aportar sobre financiamiento posibles.

Se parte de la base que estamos discutiendo un sistema flexible y con posibilidades de ser combinado.

Es posible articular las intervenciones y propuestas planteadas en el tercer debate en los siguientes ejes y líneas de acción:

La discusión de Sistema de Cuidados en general, y en primera infancia en particular, lleva a situarnos en un nuevo paradigma

El cuidado a dependientes debe ser considerado como un problema social y no particular de cada familia. Esto implica la búsqueda de respuestas de carácter universal, y reguladas por el Estado.

En la medida que se trata de un desafío que surge a partir de la crisis de cuidados que se procesa como consecuencia de los cambios demográficos, económicos, de roles de género, sociales y culturales, se deben pensar respuestas novedosas e integrales.

Se requiere acompañar el Sistema de Cuidados de un cambio cultural, en la medida que debe impulsarse la corresponsabilidad: dentro del hogar entre hombres y mujeres; y corresponsabilidad de actores: Estado, familias, mercado y comunidad. En este sentido, se trata de asentarlo sobre nuevos valores que promuevan el cuidado como derecho y la equidad de género, articulando la participación de diferentes actores.

La atención y cuidado a la primera infancia debería estar integrada dentro de la trayectoria de niños y niñas y llegar hasta la adolescencia.

Prioridades

Existió acuerdo sobre la necesaria universalidad de las acciones y políticas que involucren los cuidados en primera infancia, y se distinguió universalidad en cuanto a la posibilidad de acceso como derecho, de la obligatoriedad, sobre la cual hay acuerdo que no es pertinente.

Se señaló la necesidad de atender especialmente a los sectores de pobreza y a las familias del tercer quintil de ingresos. En diferentes intervenciones se destacó la importancia de considerar a éstas últimas, ya que quedan desprotegidas por la mayoría de las políticas dirigidas a los sectores más vulnerables, pero no cuentan con recursos económicos suficientes para acceder a diferentes servicios y bienes. Se planteó asimismo la necesidad de intervenciones específicas para los sectores con mayores niveles de pobreza, procurando apoyar a las familias en la crianza con servicios que vayan a las familias.

En cuanto a los servicios ya existentes se manifestó la importancia de asegurar el acceso desde el sector público. Se reafirmó la necesidad de extender los CAIF, asegurando mayor cobertura (en número de centros, tramos de edad cubiertos –incluir de 0 a 1 año–, en número de usuarios y en sectores sociales) y mejora en la gestión. En este sentido, si bien hay medidas ya comprometidas, se señaló la urgencia de contar con más servicios, de integrar con horarios más extensos a menores de un año, de mejorar y asegurar la calidad de los servicios, de mejorar y asegurar la formación de recursos humanos, y de integrar niños de otros sectores sociales.

Además, se destacó la importancia de considerar la participación del sector privado y las empresas en lo que hace a la instalación de servicios para los hijos e hijas de sus empleados y empleadas. Ejemplos como las grandes superficies o las zonas francas fueron citados, en función del número de personal joven y en edad reproductiva que emplean. En estos casos es necesario asegurar la calidad de los servicios que se brinden y analizar los mecanismos de regulación y control.

Territorio

Diferentes intervenciones destacaron la importancia de considerar el territorio como un elemento clave. En este sentido es necesario contemplar la diversidad de realidades en los diferentes territorios: Montevideo e interior; zonas urbanas y rurales.

En función del peso numérico y las desigualdades sociales que encierra, se señaló Montevideo y su área metropolitana como un territorio a priorizar en la necesaria extensión de los servicios. La georreferenciación puede ser un buen instrumento a efectos de poder contar con un mapeo más claro sobre la localización de los actuales servicios y necesidades.

Por otra parte, se señaló también la potencialidad de los centros de cuidado infantil para incidir en los territorios en los cuales se insertan. Los territorios también se transforman a partir de la circulación de información, de acciones de desarrollo cultural y social que pueden implementarse desde estos centros.

Institucionalidad

Si bien no hubo acuerdo en cuanto a la institucionalidad sobre la que se debería apoyar el *Sistema Nacional de Cuidados*, sí existieron diferentes intervenciones que apuntaron a la necesidad de fortalecer a las instituciones que hoy están involucradas en el tema y aprovechar la acumulación y las experiencias que ya existen en el país. Si bien es claro que la interinstitucionalidad no es un dato, encierra complejidades y debe construirse para ámbitos como los cuidados, se debe apoyar en el acumulado existente.

Asimismo, diferentes intervenciones señalaron que la institucionalidad que se construya debe ser descentralizada y flexible, pero clara, a efectos de asumir la responsabilidad y la necesaria rendición de cuentas a la población. Para ello es necesario contar con una burocracia especializada y ágil. Algunas intervenciones apuntaron a separar las funciones de rectoría y regulación de las de ejecución, a efectos de asegurar el efectivo control y delimitación de responsabilidades.

Se planteó asimismo, la posibilidad de que se promueva una institucionalidad nueva, por fuera de las instituciones actuales, y que no opere como “par”. Esta nueva estructura debería contar con recursos económicos y poder de decisión para regular el Sistema de Cuidados en su integralidad. Otras posiciones enfatizaron sobre la necesidad de organizar la institucionalidad existente, sin crear una nueva institucionalidad a efectos de implementar el sistema.

Formación

La formación de recursos humanos fue señalada como un elemento clave en la conformación de un Sistema de Cuidados. Se planteó la necesidad de distinguir entre la formación terciaria necesaria para el desempeño de algunas tareas, y la tecnicatura (de dos o tres semestres) como formación para otras tareas y encarable en el corto plazo. En este sentido, CENFORES cuenta con un proyecto. La formación privada, que ya existe y puede crecer, deberá ser necesariamente regulada.

Para la formación se deben atender las diferentes salidas laborales en cuidados y consiguientes perfiles, debiendo contar todos ellos con estándares de calidad que pueden ser comunes.

Algunas intervenciones apuntaron a la necesidad de estudiar otras experiencias a efectos de tomar las buenas prácticas de otras sociedades sobre la formación.

Se planteó asimismo, que en la medida que se profesionalicen los cuidados, los cuidados domiciliarios pueden pasar a constituirse en un nuevo perfil, de profesión liberal, que deberá ser regulada y contemplada.

La formación también debería contemplar a las familias, como ámbito de cuidados.

Regulación

No surgieron desacuerdos en cuanto a la implementación y extensión de las licencias por maternidad y paternidad. En este sentido se reconocieron mayores avances en el sector público para el caso de las mujeres, anotándose como rezagos las licencias por paternidad y las licencias por maternidad y paternidad en el sector privado. Se señaló asimismo la necesidad de contemplar a las y los trabajadores no dependientes que hoy quedan sin cobertura.

Asimismo, se apuntó a la necesidad de solucionar la brecha que se plantea entre el final de la licencia maternal/paternal y el año de vida del niño y niña. Allí, en función de los avances presentados, las familias optan por el cuidado dentro de los hogares, pero también debe considerarse la escasa cobertura de centros que atiendan esta franja de edad actualmente.

Un aspecto que debe integrarse es la licencia en caso de enfermedad de los hijos e hijas.

Aspectos a atender

Surgen tres aspectos que deberán ser considerados, ya que pueden operar de manera paradójica, llegando a consecuencias no buscadas que se deberán atender. Estos aspectos son:

- El sector cuidados está altamente feminizado. Extender las licencias maternales puede tener efectos en las trabajadoras remuneradas de este sector, que deberán ser cubiertas.
- Profesionalizar los cuidados conlleva a una profesionalización de los recursos humanos, con su necesaria valorización social y aumento en las retribuciones. Se debe atender al acceso de los sectores medios a los servicios, fundamentalmente referidos a cuidados dentro del hogar.
- Promover la concurrencia de niños y niñas en la primera infancia a centros de cuidado implicará exponerlos a mayores posibilidades de enfermedades, en la medida que el aparato inmunológico aún está inmaduro hasta los 2 años. Esto implica contemplar los cuidados en el hogar durante los períodos de enfermedad y por lo tanto atender especialmente la regulación de licencias por enfermedad de los hijos e hijas de las y los trabajadores.

Debe considerarse, finalmente, que la baja en la mortalidad infantil que ha logrado nuestro país en el último período, conlleva a un aumento de niños y niñas que requieren de cuidados especiales.



Personas en situación de dependencia por discapacidad

MARCELO CASTILLO, VERÓNICA PÉREZ

INSTITUTO DE CIENCIA POLÍTICA, FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES – UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

En el marco de la estrategia del gobierno para la construcción de un *Sistema Nacional de Cuidados*, a partir de un debate nacional que involucre la participación activa de los múltiples actores involucrados, a los efectos aportar ideas fuerza y lograr acuerdos sociales que alimenten la toma de decisiones político-institucionales, para esta tercera jornada de debate se propusieron los siguientes objetivos:

- Resumen de la jornada anterior, señalando principales ideas abordadas y aparentes consensos.
- A partir de los aspectos tratados en las jornadas anteriores, centrar el debate de la tercera jornada en los escenarios planteados en el documento base y a la institucionalidad que debería asumir el Sistema de Cuidados.
- Resumir la tercera jornada destacando los principales temas abordados y los puntos de consenso alcanzados a los efectos de que sean introducidos en el documento final de relatoría a ser elevado a las autoridades.

Resumen de la jornada de debate

La segunda jornada de debate tuvo como objetivo discutir en torno a la caracterización de la población con discapacidad que necesita cuidados y de la que brinda los cuidados, así como los servicios que son requeridos. En este sentido, a partir de los datos aportados por el documento base, y pese a los faltantes de información por la ausencia de un sistema de registro en Uruguay, se partió del siguiente piso de información:

- La población con discapacidad que necesita cuidados no es homogénea.
- Algunos grupos son más vulnerables que otros:
 - La mujeres.
 - Las personas adultas mayores.
 - Las personas de los quintiles inferiores de ingreso.
 - Los niños y niñas de familias pobres y de grupos étnicos minoritarios.
- A su vez, según el grado de dependencia, las personas con discapacidad podrían dividirse en tres grupos:
 - Grupo A: personas con dependencia severa.
 - Grupo B: personas con dependencia moderada.
 - Grupo C: personas con dependencia leve.

En primer lugar, se llegó a un consenso sobre la necesidad de que el Estado avance hacia la construcción de una certificación única sobre discapacidad como tienen otros países, de manera de poder establecer con precisión la población objetivo así como diferenciar el tipo de discapacidad y el grado de dependencia de las personas, y por lo tanto, las necesidades en términos de servicios de cuidados. No obstante, también se entiende que es posible avanzar en paralelo con algunas acciones a partir de la información existente, y no esperar a la construcción definitiva de un baremo unificado.

En segundo lugar, respecto a los servicios, parece existir acuerdo en cuanto a la fragmentación y escasa información respecto a los servicios existentes. En este sentido, y sobre todo pensando en las personas con dependencia moderada y leve, se señala la necesidad de mejorar la información que brinda el Estado respecto a los servicios y actividades existentes para las personas con discapacidad. La facilitación de información aparece como un punto a trabajar que tendría efectos en el corto plazo y sin demasiado costo para el Estado.

En tercer lugar, se señaló la necesidad de separar el Sistema de Cuidados del sanitario en la medida que en referencia a la discapacidad suelen entrelazarse y mezclarse competencias. No obstante, se entiende que hay temas que son propios del Sistema de Salud (y que deberían seguirlo siendo), y otros que son propios de un Sistema de Cuidados. Esto no significa un funcionamiento en términos de sistemas estancos pero sí delimitación de competencias y establecimiento de coordinaciones entre los sistemas.

En cuarto lugar, y también en relación a los servicios, se señala la preocupación de que el futuro Sistema de Cuidados tenga en cuenta la cobertura de aquellas personas que se encuentran en los quintiles intermedios de ingreso y que actualmente no son cubiertos por los servicios existentes pero que tampoco pueden pagárselos en el mercado.

En quinto lugar, se debatió en torno a algunos aspectos de las personas que cuidan. Sobre este punto, se señaló la necesidad de capacitación de las y los cuidadores en función de las necesidades de cuidados de las personas discapacitadas. Esto debería implicar, en el caso de los cuidadores profesionales, por ejemplo, la regulación de su formación y el establecimiento del currículo.

Sobre las y los cuidadores también parecía existir consenso respecto al desgaste psico-físico que esta tarea genera, y por lo tanto la necesidad de tener en cuenta este aspecto en su regulación laboral en el caso de las y los cuidadores profesionales.

Se habló también del reconocimiento de las tareas que realizan las personas que cuidan en el marco de las familias, aunque este es el tema menos debatido en torno a los problemas de las y los cuidadores. No obstante, algunos puntos merecen ser señalados a los efectos de ser retomados en el debate. De esta forma, parecía existir un acuerdo respecto a que un Sistema de Cuidados debería regular aspectos como licencias especiales u otras ausencias del estilo, para padres y madres de personas con discapacidad, a los efectos de permitir compatibilizar vida laboral con aspectos como cuidados médicos de hijos e hijas que suelen ser mucho más frecuentes en estos casos.

Tangencialmente, también se señaló la necesidad de “desnaturalizar los cuidados” de hijos e hijas con discapacidad, discusión que resulta particularmente relevante en el caso de las mujeres, principales encaradas de las tareas del cuidado. En tal sentido, se señaló la necesidad de plantear abiertamente cuáles son las necesidades de los familiares que cuidan y en el caso de la construcción de un Sistema de Cuidados, que implique, por ejemplo, la ampliación de los servicios públicos de atención diurna, su utilización sin “culpas” por parte de las familias. Estos servicios deben ser conceptualizados como servicios de “alivio” para las familias y ello no implica negar el afecto.

Por último, se debatieron algunos aspectos relativos a los ajustes institucionales que deberá implicar el sistema para la articulación entre Estado, mercado y familia. Algunos actores hablaron de la conveniencia de un sistema mixto, con interrelaciones entre el sistema público y el privado así como con perspectiva descentralizadora en lo local. En este sentido, parecía existir un acuerdo en la necesidad de regular el sistema privado, hoy desregulado.

Un capítulo aparte debería dedicarse a los aspectos institucionales referentes a la ubicación de un *Sistema Nacional de Cuidados* y la coordinación entre las diferentes agencias estatales involucradas entre sí y con los actores privados.

A continuación se presenta la síntesis de la tercera jornada de debate para la construcción de un *Sistema Nacional de Cuidados* en el área de las personas con discapacidad. Durante esta jornada se discutió en torno a cinco preguntas-problema propuestas a modo de orientar la discusión. Las preguntas planteadas fueron:

- ¿Qué servicios y prestaciones deberían priorizarse en el corto y mediano plazo tanto en referencia a los cuidados en el hogar como a los cuidados fuera del hogar?
- ¿Cuáles son las necesidades de las personas que cuidan en el marco de las familias? En especial re-

flexionar sobre las mujeres en tanto principales cuidadoras y, sobre todo, pensando a partir de dobles o triples “cargas”.

- ¿Cuál debería ser la institucionalidad en la que se apoyaría un sistema de cuidados? ¿Debería ser una institucionalidad nueva o una re adecuación de la existente? ¿Cuál debería ser su ubicación?
- ¿Cómo debería ser el financiamiento del *Sistema Nacional de Cuidados*?

En función de lo debatido, a continuación se resumen los principales acuerdos y posiciones considerados.

1. SERVICIOS Y PRESTACIONES QUE DEBERÍAN PRIORIZARSE

Primeras acciones a tomar:

Al igual que en las dos jornadas anteriores se consideró que una de las primeras medidas a implementar sería avanzar hacia la construcción de un único sistema de evaluación de la discapacidad. Esto permitiría determinar la población objetivo y en tal sentido, qué tipos de cuidados requieren las personas.

Respecto a los servicios de cuidado fuera del hogar, se señaló la necesidad de ampliar los centros de atención diurna. Asimismo, se mencionó que estos centros podrían estar regionalizados para captar de mejor forma las realidades locales. Además de la ampliación, deberían adecuarse los servicios existentes en estos centros, dotándolos de equipos interdisciplinarios, capaces de responder a la diversidad de discapacidades existentes.

Se señaló también que habría que instrumentar servicios de cuidadores/as que complementen a las y los asistentes personales. Además, se mencionó la necesidad de servicios de curatela para personas que con discapacidad que pierden a sus familias. La atención de las personas con discapacidad que no tienen redes familiares es un asunto a tener en cuenta.

Para las personas con discapacidades moderadas se mencionó la necesidad de proveer ayudas tecnológicas, teleasistencia y líneas telefónicas de información, similares a los “call centers”.

Respecto a los servicios dentro del hogar, se debatió respecto a las transferencias monetarias para las personas discapacitadas en tanto contribución universal a la que se accede sólo en función del diagnóstico. También se mencionó la posibilidad de generar transferencias monetarias o estructuras de soporte para cuando las personas con discapacidad se quedan solas o sin contención familiar, punto que se relaciona con los servicios de curatela.

Asimismo, se planteó el apoyo para los gastos de transporte y específicamente universalidad de la accesibilidad al mismo.

2. NECESIDADES DE LAS PERSONAS QUE CUIDAN

Se expresaron posiciones diversas sobre transferencias monetarias a las personas que cuidan. Por un lado, estaban quienes decían que las prestaciones deberían dirigirse a las familias (cuidadores/as) y los que sostenían que deberían estar enfocadas en las personas con discapacidad. Por otro lado, también se manifestaron opiniones contrarias a las transferencias monetarias a las personas que cuidan (en tanto “sueldo”) porque tenderían a formalizar el trabajo de la mujer como cuidadora. Asimismo, se debería diferenciar el apoyo específico a esta población de otros planteos tendientes a reconocer de forma remunerada la actividad de cuidado. Esto último, quizás sí es específico de un *Sistema Nacional de Cuidados* y el apoyo o soporte económico a las personas con discapacidad podría procesarse por sectores específicos ya existentes como el BPS.

Se mencionó también la necesidad de generar mayor volumen de información, asesoramiento y apoyo a las personas que cuidan.

Por último, se debatió en torno a algunas regulaciones respecto a las personas que cuidan, cómo

instrumentar licencias acompañadas de adecuados servicios de suplencias. Se reflexionó también respecto a la necesidad de apoyo a las familias y a las instituciones públicas que trabajan con esta población (escuelas, centros, etc.).

3. INSTITUCIONALIDAD

Una de las primeras medidas a instrumentar es un baremo unificado. Otra de las acciones prioritarias es diferenciar acciones correspondientes a diferentes estructuras públicas hoy existentes de aquellas que serían responsabilidad de una institucionalidad del *Sistema Nacional de Cuidados*. A modo de ejemplo, es necesario diferenciar a los centros diurnos de los centros del Sistema de Salud; a las transferencias monetarias para cuidados del apoyo económico para medicamentos o dimensiones relativas al Sistema de Salud; problemas de acceso a la educación o de soporte al personal de la educación de otras acciones que sí corresponderían a un SNC. Otro ejemplo surgió en torno al sistema de transporte, problemas que quizás deberían asumirse por las autoridades respectivas (ej. gobiernos departamentales) a los efectos de poder asumir las que específicamente corresponderían a un SNC.

Otro asunto que quizás tampoco le corresponde a un SNC es el de la identificación temprana de las situaciones de discapacidad. Se debatió en torno a que este aspecto debería ser parte de las acciones correspondientes al sistema de salud. Además deberían separarse las prestaciones de rehabilitación que le corresponderían al Sistema de Salud y cuáles a un *Sistema Nacional de Cuidados*.

Otra diferenciación necesaria es la de funciones de rectoría de la implementación de los servicios y las de coordinación de los servicios públicos, pero también de las instituciones privadas. Asimismo, se mencionó la necesidad de ampliar la oferta de formación/capacitación para suplir la carencia de personal de cuidados.

Se dijo, nuevamente, al igual que en las dos jornadas anteriores, que es necesario establecer adecuadas regulaciones de los diferentes servicios. No se mencionó nada sobre si se debería crear una entidad rectora, con qué competencias y dónde debería estar ubicada.

4. FINANCIAMIENTO

A lo largo de la jornada del debate se plantearon un número importante de medidas que el Estado debería llevar adelante mediante financiamiento público.

Pero también se planteó la idea de que el financiamiento sea a través de un modelo solidario con fondos de rentas generales y con contribución de particulares de acuerdo a sus niveles de ingreso. Se puso como ejemplo a tomar el modelo de financiamiento del Sistema de Salud.



Personas adultas mayores en situación de dependencia

ADRIANA ROVIRA

Directora del Instituto Nacional del Adulto Mayor (INMAYORES)

*A PARTIR DE LAS RELATORÍAS REALIZADOS POR EL NÚCLEO INTERDISCIPLINARIO DE ESTUDIOS DE VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO

Al igual que en el resto de los perfiles de población, se realizaron tres jornadas de debate a nivel central referidas a personas mayores, el objetivo fue discutir y articular la opinión de distintos actores en la detección de prioridades en el marco de una política nacional de cuidados. La participación presentó una variedad de opiniones, teniendo en cuenta la diversidad de actores que participaron, lo cual permitió incorporar una diversidad de ejes y dimensiones que se consideraron necesarios de atención pública en el tema de la dependencia en la vejez.

Perfiles de participantes:

- Organismos del Estado vinculados a prestaciones y programas dirigidos a la población mayor.
- Gobierno municipal y servicios vinculados a nivel departamental.
- Representantes de la bancada del Frente Amplio.
- Universidad de la República.
- Organizaciones de familiares vinculadas a situaciones de dependencia en las personas mayores.
- Organizaciones de adultos mayores.
- Organizaciones feministas.
- Asociación de usuarios de la salud.
- PIT-CNT y otras Organizaciones gremiales.
- Sociedades científicas.
- Empresas que brindan servicios de acompañantes.
- Cooperativas sociales de cuidado.

La primera jornada de trabajo se centró en presentar un estado de situación sobre los temas relevantes vinculados a cuidados y población adulta mayor para Uruguay. Tuvo como objetivo habilitar disparadores entre los participantes, promoviendo una discusión informada y articulada a la realidad nacional.

Primer debate

1º de setiembre de 2011, IMPO

Uruguay es el país más envejecido de la región, y va a seguir envejeciendo; el *Sistema Nacional de Cuidados* puede colaborar a mitigar los efectos del envejecimiento de la población, en términos económicos, sanitarios y sociales. Este escenario implica una mayor demanda en relación a los cuidados de larga duración, las modificaciones en las estructuras familiares seguirán cambiando y la capacidad de cuidar se volverá cada vez más difícil de resolver desde una exclusiva respuesta familiar. En la actualidad el rol de las familias es central, y dentro de ellas fundamentalmente las mujeres, constituyéndose como las cuidadoras principales, por lo que se hace necesario transitar hacia una situación de corresponsabilidad en la división sexual del cuidado y entre la familia y el Estado. Los trabajadores son una pieza central en la situación de los cuidados, estamos ante una situación de crisis del cuidado: hay más personas para cuidar y menos disponibles para hacerlo, por ello debemos conocer la situación ocupacional y adecuar la recolección de información. Vinculado al trabajo remunerado de las personas que cuidan a personas mayores se destaca:

- alta feminización de quienes realizan la tarea,
- informalidad,
- predominio del sector privado,
- bajos niveles educativos,
- población también adulta mayor que cuida a otros adultos mayores en domicilio o en instituciones de larga estadía.

Se consideró fundamental tomar en cuenta en la problemática del cuidado no solo a quienes requieren de cuidado, sino también al cuidador, las mujeres cuidadoras, tanto las remuneradas como las que realizan el cuidado vinculado a la familia.

Esta primera jornada de trabajo tuvo una segunda parte que se centró en orientar la discusión en torno a ejes de problematicidad que los distintos actores detectaron como puntos iniciales para retomar y profundizar en las jornadas siguientes.

Vinculado a una política nacional de cuidados los asistentes priorizaron seis puntos como sustanciales de profundizar.

Puntos seleccionados según el orden de priorización.

Eje 1	Enfoque de universalidad del SNC. Priorización de perfiles a incorporar en una primera etapa de puesta en funcionamiento del SNC teniendo en cuenta la universalización.
Eje 2	Vinculación del <i>Sistema Nacional de Cuidados</i> con el Sistema Nacional Integrado de Salud. Definición de competencias y áreas de intervención. Articulación de ambos sistemas.
Eje 3	Modalidades de respuestas y servicios orientados a la atención de las personas con dependencia.
Eje 4	Definición y acuerdos sobre qué se entiende por dependencia en la población adulta mayor. Necesidad de discutir el tema en un universo más amplio que el de la discapacidad. Incluir la fragilidad y vulnerabilidad de las personas mayores vinculadas al ciclo de vida.
Eje 5	El lugar de la familia en el SNC y la dimensión de género. La feminización de la tarea de cuidados.
Eje 6	Formación y profesionalización de la tarea de cuidados.

Enfoque de universalidad y priorización de población

Se consideró que una política de cuidados debe ser universal por el nivel de complejidad que implica, se destacó la importancia de tomar como antecedentes otras reformas que hacen a la matriz de protección social como las de previsión social, reforma laboral y el propio Sistema Nacional de Integrado de Salud.

Vinculado a la priorización de las condiciones para el acceso a un futuro Sistema de Cuidados surgieron algunas interrogantes: ¿la intensidad de la dependencia y la vulnerabilidad económica se suman o se intersectan para definir un futuro ingreso al SNC?

En caso de que la universalidad sea un proceso paulatino se deberían establecer plazos y etapas concretas para el ingreso de distintos perfiles de población al SNC.

Respecto a las mujeres que cuidan se puntualizó que no se puede priorizar únicamente a las mujeres más pobres, ya que el ejercicio de derechos y necesidad de tiempo es más amplio entre otros perfiles de población.

Vinculación con el Sistema Nacional Integrado de Salud

Se plantearon debilidades y dificultades en responder a la demanda de dependencia de la población mayor.

Se consideró imprescindible identificar y valorar la dependencia y los niveles de demanda asociados. Asimismo, se puso énfasis en que el SNIS implemente políticas de prevención y promoción de autonomía.

Modalidades de respuestas

Se consideró central que el futuro SNC pueda incorporar las distintas modalidades de servicios que hoy ya existen. Se detectó una gran heterogeneidad y dispersión en las respuestas que hoy brinda el Estado, lo cual incide en criterios muy focalizados y segmentados que obstaculizan respuestas integrales.

Se asumió como necesaria la coordinación de marcos institucionales que pongan énfasis en la regulación del actual mercado de servicios de cuidados.

Dependencia

Se entendió necesario incorporar la dimensión de las redes de apoyo vinculadas a las respuestas de atención a la dependencia, que permitan contribuir a medir y detectar vulnerabilidad.

El lugar de la familia y la dimensión de género

Se puso énfasis en los problemas para la calidad del empleo vinculado a cuidados, se destacó que se reconocen las cualidades específicas femeninas para el cuidado, pero no se valoran en la remuneración y esto presenta un desafío en una tarea altamente feminizada y familiar.

Se debería valorizar los trabajos de cuidados y tender a la profesionalización. Se recomendó proporcionar mejores condiciones de trabajo y seguridad social, para también disminuir las desigualdades entre trabajadoras y promover la inclusión de hombres.

Formación y profesionalización

Se detectó la necesidad de regular la fragmentación y diversidad de proveedores de formación. Debería haber nuevos grupos para la negociación colectiva (consejo superior tripartito), ya que los grupos existentes responden parcialmente a la realidad, debería haber un grupo específico para los cuidados. Asimismo, se plantó la necesidad de establecer un currículo unificado para la formación, de acuerdo con los actores sociales, y el establecimiento de una certificación con pautas comunes. Además, se apuntó a la calidad de los servicios.

Segundo debate

15 de setiembre de 2011, IMPO

Se inició el debate con una serie de ejes que pretendieron orientar la discusión y profundizar en los aspectos trabajados en la jornada anterior.

- ¿Cuáles son las principales dificultades existentes, vinculadas a las personas mayores en lo que refiere estrictamente a CUIDADOS?
- ¿En qué población se concentra la necesidad de cuidados? Caracterización y perfil de la población asociada a la mayor necesidad de cuidados.
- ¿Cuáles serían las necesidades que deberían abordarse de manera más inmediata para alcanzar un sistema de cuidados en la población adulta mayor?
- ¿Cuáles serían los criterios de inclusión a tener en cuenta en la población adulta mayor para ingresar a una política de cuidados? ¿Cuáles son los criterios de gradualidad que pueden ser asociados a un perfil de vulnerabilidad? ¿Por dónde comenzar? ¿Cómo se articulan el nivel socio- económico, el nivel funcional y composición familiar en el perfil de vulnerabilidad?

Orientados por las preguntas disparadoras los y las participantes del debate plantearon

La dificultad más importante y primera de todas es la falta de datos, la ausencia de investigaciones o diagnósticos locales sobre la situación de dependencia de las personas mayores. Es necesario identificar la población vulnerable, a partir de fuentes de datos que nos indiquen cuales son las demandas de cuidados.

La medición de la dependencia es importante para poder categorizar la vulnerabilidad. ¿Qué criterios se deberían utilizar para definir esa categorización: económicos, psicológicos, etc.? Se considera este punto central para la definición en el ingreso al SNC ya que la definición de un indicador de vulnerabilidad socio-sanitario puede dejar muchas personas por fuera del sistema.

Se mencionó la falta de articulación y respuestas a las situaciones de dependencia de las personas mayores desde el Sistema Nacional Integrado de Salud. Así como en la falta de acceso a servicios de cercanía y situaciones de descoordinación de distintos servicios que deberían ser complementarios, y que –bajo una estrategia de cooperación y articulación– podrían mejorar los resultados de sus intervenciones en materia de atención a la dependencia.

Respecto a los perfiles de priorización se planteó:

Se insistió en que las redes de cuidado son un elemento fundamental en este proceso, y un elemento central de la vulnerabilidad es detectar cuáles son las redes de cuidado que las personas tienen. Hay que priorizar en esos perfiles de población que tienen falta de redes de apoyo o redes familiares con un alto costo personal de las mujeres que brindan el cuidado.

Se planteó que la dimensión de territorialidad es importante para el desarrollo y las potencialidades de las redes de apoyo, por lo cual ciudades grandes y capitales departamentales presentan más riesgos de respuestas comunitarias a las situaciones de dependencia de las personas mayores.

A su vez, se definió necesario priorizar en hogares unipersonales, fundamentalmente personas mayores de 80 años que viven solos y solas. Se pone como ejemplo las personas mayores residentes de los complejos habitacionales del BPS. Ya que en este perfil de población se detectó población con bajos ingresos, con problemas en la asistencia de salud (dificultad de acceder a los centros de salud y a la medicación), acompañado de un perfil feminizado y sobrevenejado con falta de redes de apoyo.

Se enfatizó en personas mayores en situación de soledad y que no acceden a la colaboración de su familia, sea porque sus familiares están lejos o desaparecieron. Se suman en estas situaciones las dificultades de acceso a servicios sociales, ya sea por su dificultad de tramitar la solicitud o vincularse con los organismos competentes, o por los criterios de focalización de las prestaciones.

Se planteó la necesidad de incorporar como una población prioritaria para el SNC a las personas que están en residenciales y hogares de ancianos.

Se plantea que la inclusión al SNC debe estar dada por el nivel de dependencia, lo cual permitiría contemplar distintas modalidades de arreglos residenciales y situaciones territoriales.

Perfiles de población con dependencia a priorizar en una primera etapa de ingreso al SNC según composición del hogar

Contigente 1	Personas mayores de 80 años.
	Personas de hogares unipersonales
	Personas que residen en instituciones de larga estadía “con” y “sin” fines de lucro.
Contigente 2	Hogares biparentales sin hijos.
	Hogares extendidos donde las mujeres son las que están más implicadas y afectadas por la tarea de cuidado.

Tercer debate

Lunes 3 de octubre de 2011, IMPO

Ejes propuestos para debatir:

- ¿Cuáles serían las preferencias de cuidado?
- ¿Qué modelo de servicios sería adecuado para la realidad que presenta Uruguay?
En esta jornada se trabajó con el objetivo de ampliar la discusión y poder tomar posición sobre elementos de prioridad para el SNC, vinculados a perfiles de población, insumos complementarios y modalidades de servicios. Por parte, de los y las participantes se definieron siete puntos que son clave para una primera etapa del SNC:
- Que el SNC sea un tema prioritario en la agenda del Gabinete Social para profundizar la intersectorialidad.
- Realizar una encuesta de dependencia que permita detectar el perfil de demanda de la población mayor. Hoy no sé sabe cuántas personas son dependientes y que perfil tiene esa dependencia para impactar en servicios.
- Valoración de la dependencia a nivel local a partir de un sistema de medición de la autonomía funcional desde un equipo interdisciplinario.
- Mejorar urgentemente los servicios de larga estadía, atender la demanda de la población que hoy reside en residenciales y hogares de ancianos.
- Habilitar un programa de cuidados en domicilio que permita atender la demanda de cuidado y poder brindar respiro a la red de cuidado familiar o informal.
- Poner en funcionamiento servicios en la comunidad que permitan articular necesidades complementarias de cuidados, es fundamental incluir los centros de día, resolviendo el esquema de transporte.
- Se recomendó la instalación de una comisión de trabajo para discutir aspectos vinculados a Formación y Capacitación, con temas como currículo de capacitación y valoración de competencias.

Vinculado a la dimensión de servicios, los y las participantes del Debate hicieron acuerdo en que si bien se debería ofrecer un menú de servicios que contemple distintas demandas y situaciones socio-familiares, los servicios deberían priorizar la permanencia de las personas mayores en su casa, con servicios en domicilio. En este sentido, los elementos de accesibilidad y adaptabilidad son un punto central para articular, teniendo como foco la promoción de autonomía.

Lo prioritario es la organización territorial. ¿Dónde se van a plantear primero estos servicios? ¿Qué base territorial va a tener la prestación de estos servicios? Es necesaria la investigación teniendo en cuenta la realidad local, para poder coordinar con recursos ya existentes.

Se detectaron dos nudos en materia de servicios que es importante atender, los hogares y residenciales de adultos mayores en el marco de la Ley 17.066 y los complejos de vivienda del Banco de Previsión Social (BPS). Con respecto a los primeros se planteó la necesidad de mejorar los servicios que se brindan, incluyendo la dimensión social. Para los complejos de BPS, se recomendaron servicios de teleasistencia como una primera solución a la situación de dependencia de los residentes. Y para una segunda etapa la definición de servicios de viviendas tuteladas, para permitir que quienes tienen algún grado de dependencia puedan permanecer en la vivienda.

Cuadro de modalidades de servicios recomendados para la población adulta mayor en orden de prioridad planteada

Modalidad de Servicio extradomiciliario	Mejora de los servicios de cuidados de los residenciales y hogares de ancianos en el marco del Ley 17.066
Modalidad de Servicio en domicilio	Programa de cuidados domiciliarios
Modalidad de Servicio domiciliario	Teleasistencia
Modalidad de Servicio extradomiciliario	Centros de día
Modalidad de Servicio domiciliario	Reconversión del modelo de complejo de viviendas de BPS en modalidad de hogares tutelados

Listado de siglas

ANEP – Administración Nacional de Educación Pública
ANTEL – Administración Nacional de Telecomunicaciones
ASSE – Administración de los Servicios de Salud del Estado
ASSE–RAP – Red de Atención de Primer Nivel
BPS – Banco de Previsión Social
CAIF – Centros de Atención a la Infancia y la Familia
CCEPI – Consejo Coordinador de la Educación en la Primera Infancia
CIEP – Centro de Investigación y Experimentación Pedagógica
CELADE – Centro Latinoamericano de Desarrollo
CENFORES – Centro de Formación y Estudios (INAU)
CEPAL – Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIEDUR – Centro Interdisciplinario de Estudios sobre el Desarrollo
ECH – Encuesta Continua de Hogares
ENIA – Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia
FONASA – Fondo Nacional de Salud
IM – Intendencia de Montevideo
INAU – Instituto del Niño y el Adolescente de Uruguay
INFAMILIA – Dirección de Infancia, Adolescencia y Familia
INE – Instituto Nacional de Estadística
IRPF – Impuesto a la Renta de las Personas Físicas
IUDE – Instituto Universitario de Educación
MEC – Ministerio de Educación y Cultura
MERCOSUR – Mercado Común del Sur
MIDES – Ministerio de Desarrollo Social
MSP – Ministerio de Salud Pública
MTSS – Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
MVOTMA – Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente
OIT – Organización Internacional del Trabajo
ONG – Organización No Gubernamental
ONU – Organización de las Naciones Unidas
OSC – Organizaciones de la Sociedad Civil
OSE – Obras Sanitarias del Estado
PNUD – Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
SNC – Sistema Nacional de Cuidados
SIPI – Sistema de Información para la Primera Infancia (INAU)
SOCAT – Servicio de Orientación, Consulta y Articulación Territorial
SUNCA – Sindicato Único Nacional de la Construcción y Anexos
UNESCO – Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA – Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF – Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UTE – Administración Nacional de Usinas y Transmisiones Eléctricas
UTU – Universidad del Trabajo del Uruguay

