

Servicios de cuidados para las personas mayores en situación de dependencia: diagnóstico, desafíos, y recomendaciones para su fortalecimiento¹

Salvador, S.^{a 2 3}

Diciembre de 2025

¹ Este estudio es resultado de una consultoría realizada para el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad (Ministerio de Desarrollo Social, Uruguay), a través de la Dirección de Cuidados, en el marco de la cooperación técnica “Apoyo al fortalecimiento y sostenibilidad del Sistema Nacional Integrado de Cuidados” (UR-T1309).

² Agradecimientos a Valentina Ríos y Eliana Díaz Quintero por la revisión y sistematización de la experiencia internacional. A los equipos de Dependencia y Servicios de la Dirección de Cuidados, al Instituto Nacional de las Personas Mayores (INMAYORES), Ministerio de Salud Pública y Banco de Previsión Social por la información brindada y el acompañamiento en el proceso de consultas realizado.

³ Los errores y omisiones son responsabilidad de los autores. El contenido y los hallazgos de este trabajo reflejan las opiniones de los autores y no necesariamente las del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo, ni la de los países que representa.

^a Consultora independiente, CIEDUR, Área de Desarrollo y Género.

1. INTRODUCCIÓN	3
2. DEMANDA POTENCIAL DE SERVICIOS DE CUIDADOS PARA PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN URUGUAY.	3
2.1. DEMANDA POR SERVICIOS DE CUIDADOS POR PARTE DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN URUGUAY	3
3. OFERTA ACTUAL DE SERVICIOS DE CUIDADOS PARA PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.	9
3.1. MARCO POLÍTICO, INSTITUCIONAL Y NORMATIVO.	9
3.2. SERVICIOS DE CUIDADOS PARA PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA INCLUIDOS EN EL PRESUPUESTO DEL SNIC.	10
3.2.1. CENTROS DE DÍA.	10
3.2.2. TELEASISTENCIA	16
3.2.3. PROGRAMA DE ASISTENTES PERSONALES (SNIC)	22
3.2.4. PROGRAMA DE APOYO AL CUIDADO PERMANENTE (PACP)	28
3.2.5. SERVICIOS DE INSERCIÓN FAMILIAR (SIF)	29
3.3. SERVICIOS DE CUIDADOS PARA PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA OFRECIDOS POR OTROS ORGANISMOS QUE NO SON PARTE DEL PRESUPUESTO DEL SNIC: SOLUCIONES HABITACIONALES DEL BPS: “CUPO CAMA”.	32
3.4. SERVICIOS DE CUIDADOS PARA PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA OFRECIDOS POR EL SECTOR PRIVADO.	33
3.4.1. ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA (ELEPEM)	33
3.5. PRINCIPALES DESAFÍOS PARA CUBRIR LA BRECHA DE SERVICIOS DE CUIDADOS PARA PERSONAS MAYORES	38
4. REVISIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS A NIVEL INTERNACIONAL.	41
4.1. DIMENSIONES IDENTIFICADAS EN FUNCIÓN DE LOS DESAFÍOS PLANTEADOS	41
4.2. 3.2 ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS IDENTIFICADOS A LA LUZ DE LAS MEJORES PRÁCTICAS CON ENFOQUE DE CUIDADOS CENTRADO EN LA PERSONA.	42
4.2.1. 3.2.1 RESPECTO A LA COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL	42
4.2.2. RESPECTO A LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS Y SU SEGUIMIENTO	43
4.2.3. RESPECTO AL FINANCIAMIENTO: EXPERIENCIAS INTERNACIONALES SOBRE COPAGO DE SERVICIOS.	44
4.2.4. POLÍTICAS DIRIGIDAS A LAS FAMILIAS Y LAS PERSONAS REFERENTES DE LOS CUIDADOS	47
4.2.5. ATENCIÓN RESIDENCIAL: MODELOS ALTERNATIVOS DE VIVIENDA Y NUEVOS MODELOS DE VIVIENDA	48
4.2.6. SERVICIO DE TELEASISTENCIA: LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL	51
5. POSIBLES PROPUESTAS PARA ATENDER LOS DESAFÍOS PLANTEADOS.	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

1. Introducción

El presente informe busca identificar los principales desafíos que se enfrentan para el desarrollo de un sistema de cuidados que dé repuesta a las necesidades de la población mayor de 65 años en situación de dependencia. Para ello se analiza la situación actual y la evolución reciente de la demanda y la oferta de servicios y prestaciones para el cuidado o asistencia de las personas mayores con dependencia (apartados 1 y 2); los antecedentes que existen a nivel internacional para enfrentar los principales desafíos identificados en la provisión de servicios y prestaciones en Uruguay (apartado 3), y las propuestas que surgen de todo el proceso de revisión e intercambio sobre la temática (apartado 4).

2. Demanda potencial de servicios de cuidados para personas mayores en situación de dependencia en Uruguay.

2.1. Demanda por servicios de cuidados por parte de la población adulta mayor en Uruguay

Para aproximarnos a la demanda potencial de servicios de cuidados para la atención de la dependencia de la población adulta mayor se dispone de información de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2015 (ELPS) y de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2021 (EUT). A su vez, se consideraron los estudios previos en la temática (Aranco y Sorio, 2019; Aguirre y Scavino, 2018).

a) Envejecimiento y feminización

El proceso de envejecimiento poblacional en Uruguay se explica por el aumento de la esperanza de vida y la baja en la tasa de la natalidad. Por ello, la población infantil (0 a 14 años) se redujo casi tres puntos porcentuales entre 2015 y 2024, mientras la población adulta mayor (65 y más) aumentó casi un punto y medio. A su vez, los tramos etarios que demandan más cuidados (0-4 y 85 y más) registraron evoluciones similares: la población de 0-4 años se reduce del 7% al 5%, mientras la mayor de 85 se incrementa de 2% a 2.6% (en el mismo período).

Tabla 1. Evolución de la proporción de población infantil y adulta mayor en la población total, (2015 y 2024, %)

Tramos etarios	2015	2024
0-14	21,1	18,3
0-4	7,0	5,0
65 y más	14,6	16,0
85 y más	2,0	2,6

Fuente: elaboración propia en base a las estimaciones de población de Naciones Unidas (2017).

A su vez, el proceso de envejecimiento medido a través del índice de envejecimiento (población adulta mayor/población infantil) y el índice de sobreenvjecimiento (proporción de la población mayor de 85 años en relación a la población adulta mayor) muestra que las que más envejecen son las mujeres.

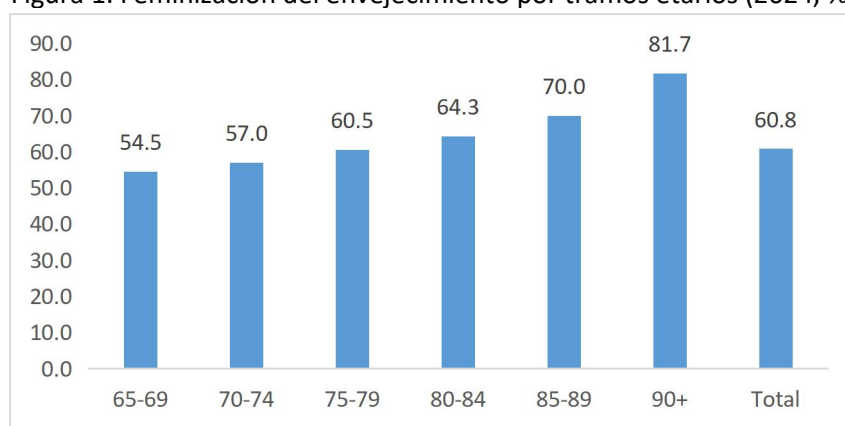
Tabla 2. Índices de envejecimiento y sobreenvejecimiento, según sexo.

Años	Índice de envejecimiento			Índice de sobreenvejecimiento		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
2015	87,5	52,7	69,1	17,5	9,0	13,9
2024	109,5	67,0	87,7	19,8	10,2	16,0

Fuente: elaboración propia en base a las estimaciones de población de Naciones Unidas (2017).

A medida que avanza la edad, la feminización del envejecimiento se va elevando, pasando de representar el 54,5% en el primer tramo (65-69 años), a 81,7% en el tramo final (mayores de 90 años).

Figura 1. Feminización del envejecimiento por tramos etarios (2024, %)

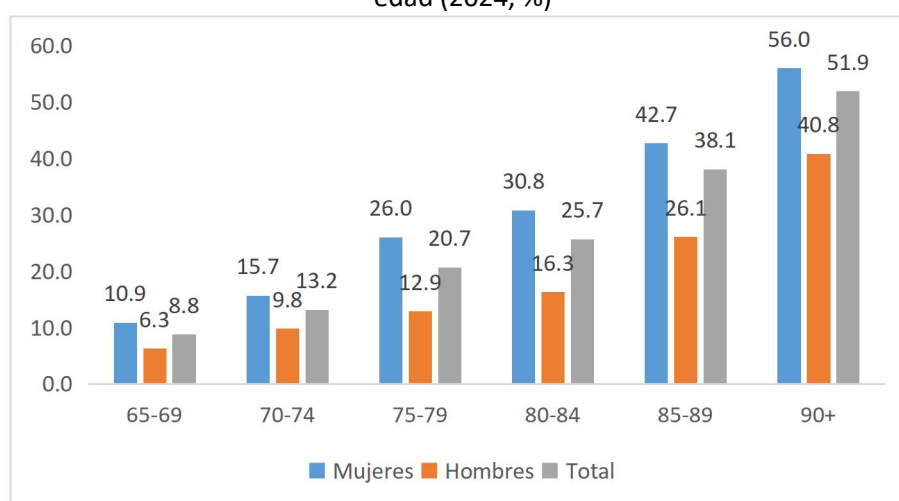


Fuente: elaboración propia en base a las estimaciones de población de Naciones Unidas (2017).

b) Población con dependencia

Aguirre y Scavino (2018) ya señalaban que las mujeres viven más que los hombres, pero no necesariamente viven mejor. Las estimaciones sobre prevalencia de la dependencia, en base a la Encuesta Longitudinal de Protección Social que mide las limitaciones para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), en todos los tramos etarios las mujeres registran niveles más altos que los hombres. El promedio para las personas mayores de 65 años es: 25,1% para las mujeres, 12,1% para los hombres y 20% en el total.

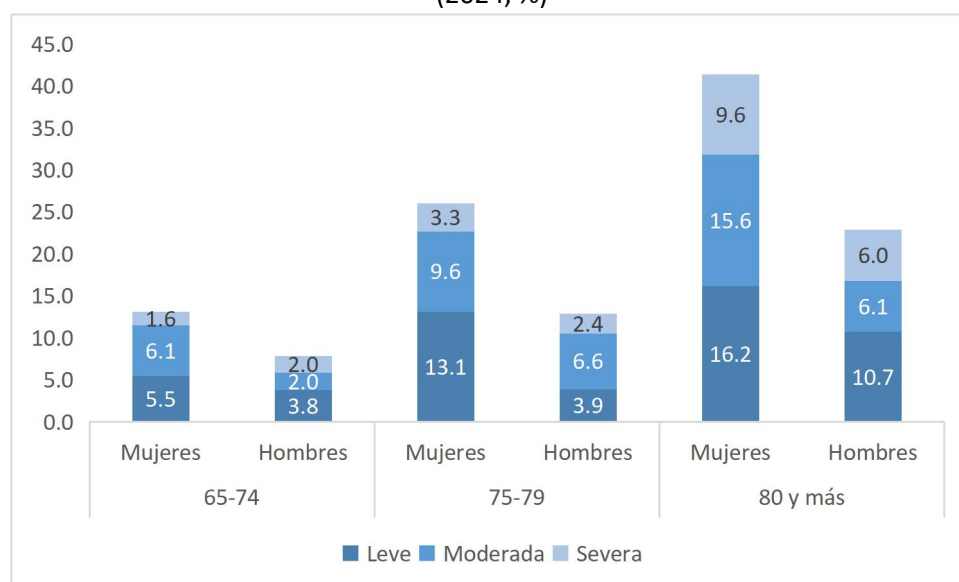
Figura 2. Prevalencia de la dependencia en la población adulta mayor según sexo y tramo de edad (2024, %)



Fuente: elaboración propia en base a las estimaciones de población de Naciones Unidas (2017) y los microdatos de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) 2015.

A los 75 años es cuando se empiezan a elevar los niveles de dependencia leve y moderada para hombres y mujeres, y a los 80 se eleva la dependencia severa. De todas formas, la dependencia severa es siempre inferior al 10% de la población, pero a partir de los 80 años la dependencia leve y moderada afecta a cerca de un tercio de las mujeres.

Figura 3. Niveles de dependencia de las personas mayores, según sexo y tramo de edad (2024, %)



Fuente: elaboración propia en base a las estimaciones de población de Naciones Unidas (2017) y los microdatos de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) 2015.

Las personas mayores también se diferencian, según sexo, por el tipo de hogar donde habitan. Las mujeres son más propensas a vivir solas y los hombres a vivir en pareja. Ello se corresponde con la mayor trayectoria de vida de las mujeres y a que los hombres cuando

enviudan tienden a conformar parejas en mayor medida que las mujeres. (Aguirre y Scavino, 2018; Aranco y Sorio, 2019)

Según la ELPS 2015, la tercera parte de las mujeres mayores de 65 años vive sola, mientras casi la mitad de los hombres viven sólo con su pareja. Luego, hay una proporción significativa de hombres y mujeres que viven en hogares extendidos y según la bibliografía ello se corresponde con hogares de menores ingresos. (Aguirre y Scavino, 2018; Aranco y Sorio, 2019)

Tabla 3. Tipos de hogar de las personas mayores de 65 años, según sexo (2015, %)

Tipos de hogar	Hombres	Mujeres	Total
Unipersonal	18,0	33,2	27,1
Pareja sola	47,5	24,0	33,4
Biparental	15,8	5,3	9,5
Monoparental	3,1	10,4	7,5
Extendido	14,2	25,2	20,8
Compuesto	1,5	2,0	1,8
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) 2015.

A su vez, las mujeres mayores de 65 años con dependencia también viven en mayor medida en hogares unipersonales y extendidos, pero en la dependencia severa se eleva significativamente la proporción de hogares extendidos.

Tabla 4. Tipos de hogar de las mujeres mayores de 65 años, según nivel de dependencia (2015, %)

Tipo de hogar	Leve	Moderada	Severa	Total
Unipersonal	35,0	30,5	24,7	31,4
Pareja sola	20,1	17,8	14,2	18,1
Biparental	3,5	4,9	5,6	4,4
Monoparental	17,2	15,2	4,2	14,1
Extendido	22,1	28,9	46,9	29,3
Compuesto	1,9	1,8	4,4	2,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) 2015.

Por su parte, los hombres con dependencia viven en mayor medida en hogares solos con su pareja, pero cuando tienen dependencia severa se eleva significativamente la proporción de hogares extendidos.

Tabla 5. Tipos de hogar de los hombres mayores de 65 años, según nivel de dependencia
(2015, %)

Tipos de hogar	Leve	Moderada	Severa	Total
Unipersonal	25,6	22,7	7,1	20,1
Pareja sola	42,9	46,3	50,1	45,8
Biparental	10,8	9,3	17,5	12,0
Monoparental	0,5	8,4	4,8	4,1
Extendido	14,1	13,3	20,4	15,4
Compuesto	6,1	0,0	0,0	2,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la
Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) 2015.

c) El cuidado de los adultos mayores

Según información de la Encuesta Nacional de Usos del tiempo y trabajo no remunerado 2021, el 9% de los hombres y el 10,4% de las mujeres que habitan en hogares con adultos mayores contribuyen con sus cuidados. El tiempo semanal que insumen dichos cuidados son: 18,1 horas de los hombres y 15,8 horas de las mujeres.

Se identifica una diferenciación de las tareas que realiza en mayor medida uno y otro sexo. Las mujeres participan mayormente en aquellas tareas más rutinarias (alimentación, aseo personal, medicación, consultas y terapias), mientras los hombres se dedican a acompañar a los adultos mayores que requieren cuidados en paseos y resuelven sus necesidades de compras y trámites. A su vez, es interesante que los paseos son las actividades que consumen más tiempo de cuidado a la semana: 20,3 horas en las mujeres y 28,4 horas en los hombres.

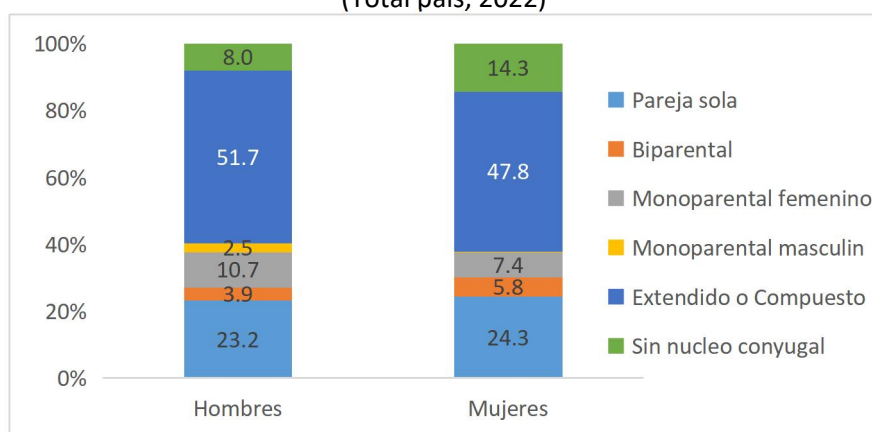
Tabla 6. Tasas de participación y promedio de horas semanales dedicadas a las tareas que componen el trabajo de cuidados de adultos mayores, por sexo.
(Total país, 2022)

Tareas de cuidados	Hombres		Mujeres	
	Tasa de part.	Horas semanales	Tasa de part.	Horas semanales
Alimentación	28,3	5,4	44,6	7,4
Aseo personal	6,3	7,4	30,9	5,7
Medicación	24,4	1,8	52,1	2,3
Consultas y terapias	5,3	10,3	16,6	8,9
Paseos	39,4	28,4	33,3	20,3
Compras y trámites	45,8	5,3	24,1	5,2
Total	9,04	18,1	10,4	15,8

Fuente: elaboración propia en base a EUT 2022, INE

Quiénes realizan cuidados de adultos mayores habitan en hogares extendidos (en la mitad de los casos) o de parejas solas (en un cuarto de los casos), y tienden a ser las y los referentes del hogar o la pareja en la mitad o el 15% de los casos, respectivamente.

Figura 4. Tipo de hogar de quienes realizan cuidados de adultos mayores, según sexo.
(Total país, 2022)



Fuente: elaboración propia en base a EUT 2022, INE

Tabla 7. Relación de parentesco de quienes realizan cuidados de adultos mayores.
(Total del país, 2022)

Relación de parentesco	Hombres	Mujeres	Total
Referente del hogar	46,0	56,6	52,4
Esposo/a o compañero/a	14,2	16,4	15,5
Hijo/a de ambos	8,8	7,6	8,0
Hijo/a sólo del jefe	7,8	6,4	7,0
Padre/madre	3,0	3,8	3,5
Hermano/a	3,6	2,3	2,8
Nieto/a	8,9	3,0	5,3
Otro pariente	2,6	1,9	2,2
Otro no pariente	5,3	1,3	2,8
Servicio doméstico o familiar del mismo	0,0	0,8	0,5
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia en base a EUT 2022, INE

En síntesis, el proceso de envejecimiento y feminización del sobre-envejecimiento de la población presenta un desafío importante para la atención de la demanda de cuidados ya que las mujeres viven más pero no viven mejor. La prevalencia de la dependencia es mayor entre las mujeres y más aún cuando envejecen. En la población mayor de 80 años es donde el riesgo de vivir con alguna dependencia se eleva significativamente, alcanzando al 41,4% de las mujeres y el 22,8% de los hombres. Las mujeres tienden a vivir más solas cuando envejecen, mientras los hombres suelen vivir en pareja. En la población con dependencia esa relación se mantiene, aunque entre quienes tienen dependencia severa se eleva el porcentaje de hogares extendidos.

Por último, las personas que cuidan adultos mayores con alguna dependencia son hombres o mujeres en similar proporción, pero se diferencian por el tipo de tareas que realizan. Las mujeres realizan las tareas más rutinarias (alimentación, aseo, medicación y consultas),

mientras los hombres resuelven, en mayor medida, las compras y trámites y los paseos. Ambos son, en general, los referentes del hogar o las parejas.

3. OFERTA ACTUAL DE SERVICIOS DE CUIDADOS PARA PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

3.1. Marco político, institucional y normativo.

La ley N°19.353 de creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) de noviembre de 2015 define en su Art 10 que “integran el SNIC: los servicios de cuidados a cargo de personas físicas, jurídicas públicas, estatales y no estatales, los servicios de cuidados a cargo de entidades privadas, la Junta Nacional de Cuidados, la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad, y el Comité Consultivo de Cuidados”. El objetivo de la política de cuidados es generar un modelo corresponsable de cuidados entre familias, Estado, comunidad y mercado, promoviendo la igualdad de género.

La Junta Nacional de Cuidados es el órgano de mayor jerarquía y de coordinación política del sistema y la Secretaría, que funciona en la órbita del MIDES, es responsable de coordinar y articular todo el Sistema. Por su parte, el Comité Consultivo de Cuidados tiene como cometido asesorar a la Secretaría y, a través de ella, a la Junta.

La Junta está integrada por los titulares de los Ministerios de Desarrollo Social (que la preside), Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), Banco de Previsión Social (BPS), Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), Instituto del Niño y Adolescentes del Uruguay (INAU) y Congreso de Intendentes. También la integra la Directora del Instituto Nacional de las Mujeres (participa con voz y sin voto).

Por lo tanto, en lo relativo a los cuidados para personas mayores, tanto el BPS, el MSP y el INMAYORES –a través del MIDES– integran ese ámbito de toma de decisiones. En la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad la temática referida a personas mayores en situación de dependencia se inscribe en el área de Dependencia, y existen comisiones interinstitucionales que tratan la temática de Dependencia, Regulación y Formación. En la comisión de Dependencia participan representantes de OPP, MSP, MEC, BPS, ANEP, INAU y MIDES (Dirección de Cuidados, Inmayores e Inmujeres).

Entre los servicios para atención de la dependencia de personas mayores algunos dependen directamente de la Secretaría de Cuidados y Discapacidad o del INMAYORES (los que se presentan en el apartado 2.2), otros de otros organismos públicos (apartado 2.3) y otros del sector privado (apartado 2.4).

3.2. Servicios de cuidados para personas mayores en situación de dependencia incluidos en el presupuesto del SNIC.

Los servicios previstos para atender a las personas mayores en situación de dependencia en el presupuesto del SNIC son:

- Centros de Día para personas mayores con dependencia leve o moderada,
- Teleasistencia para personas mayores con dependencia leve o moderada,
- el programa de Asistentes Personales para personas mayores con dependencia severa,
- el Programa de Apoyo al Cuidado Permanente,
- el Servicio de Inserción Familiar.

A continuación, para cada uno de ellos se describen los objetivos generales y específicos; las reglas de elegibilidad y focalización; los niveles de utilización y cobertura desde 2015 o desde su creación; los recursos humanos destinados al servicio y por usuario; el presupuesto; y la calidad de los servicios. Respecto a la calidad, se analizan los mecanismos para asegurar dicha calidad que pueden ser la determinación de estándares, la formación de los recursos humanos y los mecanismos de supervisión, así como si existen evaluaciones o indicadores para monitorearlos.

3.2.1. Centros de día.

El programa de Centros de día se crea en 2017 en el marco de la Ley N° 19.353 y Decreto 427/2016 reglamentario de dicha Ley. El servicio ofrece un espacio socioterapéutico y polivalente para todo tipo de dependencias leves o moderadas; un espacio de contención y apoyo para familias o personas que cuidan, y un espacio de apoyo y formación continua a las personas trabajadoras del centro. Es un dispositivo que representa una posición intermedia en la cadena de cuidados entre el domicilio y la institucionalización.

La provisión del servicio se brinda a través de convenios con cooperativas de trabajo u organizaciones de la sociedad civil, las que tienen a su cargo la responsabilidad sobre la gestión del servicio. Se inicia a través de un proyecto inicial que se adapta a las características, necesidades e intereses locales; quienes lideran el proceso son las direcciones departamentales del MIDES, y cuentan también con el apoyo de los municipios y gobiernos departamentales.

El objetivo general de los centros desarrollados por el SNIC es: contribuir al cuidado de calidad de las personas mayores (de 65 años) en situación de dependencia leve y moderada, que residen en sus hogares.

Los objetivos específicos son⁴:

- Favorecer la permanencia de las personas mayores en situación de dependencia leve o moderada en su entorno habitual.
- Brindar cuidados integrales en régimen ambulatorio, que promuevan el mantenimiento de la autonomía y el retraso de los procesos de dependencia.
- Contribuir a la redistribución de la carga familiar de cuidados.
- Ofrecer apoyo y asesoramiento a familiares cuidadoras/es, y al cuidador o cuidadora principal de las personas que asisten.
- Contribuir al desarrollo de conocimiento y a la especialización en la formación en cuidados de las personas trabajadoras del centro.

⁴ Centros de día, edición 2022 – Documento de diseño.

Las personas pueden informarse y postularse a través del Portal de Cuidados. Luego se realiza una visita al domicilio de la persona postulada, por un equipo técnico capacitado que aplica el baremo de dependencia y el formulario de AFAM. Este último solo para valorar a futuro la posibilidad de implementación de un subsidio, pero actualmente todas las personas concurren sin costo.

Si una persona usuaria del centro de día avanza en su nivel de dependencia puede postular al programa de Asistentes Personales independientemente de su edad.

- Niveles de utilización y cobertura (desde 2015)

El Centro de Día atiende en una modalidad de 20 horas semanales (de mañana o de tarde) de lunes a viernes⁵. La cobertura en ambas tipologías debe ser con un mínimo de 20 y un máximo de 40 plazas. Pero, a su vez, cada plaza puede ser usufructuada por más de una persona usuaria. Las personas usuarias tienen la posibilidad de elegir una modalidad de concurrencia entre las siguientes opciones: dos, tres, o cinco veces por semana. Si una persona asiste con una frecuencia menor al máximo disponible, deja días disponibles para el ingreso de otra persona usuaria, hasta cubrir la totalidad de la plaza. Por ello, la cantidad de personas usuarias de un centro de día puede ser variable y mayor que las plazas acordadas.

Esta modalidad debe quedar acordada y registrada en un Contrato de Usufructo del Servicio Centro Diurno que firman las personas usuarias con los gestores del servicio.

Los primeros cinco centros se inauguraron entre agosto y noviembre de 2018 (MIDES, 2019a) y cubrieron a 73 usuarios. En febrero 2020, había 10 centros con 229 usuarios (según el informe mensual de la Secretaría Nacional de Cuidados “Cuidados Rinde Cuentas”).

En 2023, se registran nueve centros porque se cerró el de Minas. El objetivo en términos de cobertura ha sido continuar con los nueve centros ya instalados a través de compras directas hasta abril de 2024 y asegurar su continuidad a través de la realización de dos licitaciones públicas (Nº 12/2023 y Nº 13/2023). Estas licitaciones se realizaron en noviembre de 2023, con llamados a entidades de cualquier naturaleza jurídica para gestionar centros de día, en las localidades que ya tienen uno: Montevideo (Montevideo), La Paz y Pando (Canelones), Juan Lacaze (Colonia), Rocha (Rocha), Melo (Cerro Largo), Paysandú (Paysandú), Paso de los Toros (Tacuarembó) y Tranqueras (Rivera). (MIDES, 2024).

⁵ La propuesta inicial incluía la posibilidad de concurrir 8 horas diarias, o sea, 40 horas semanales.

Tabla 8. Centros de día por departamento y localidad, cupos máximos y personas usuarias.

Departamento	Localidad	2018	2019		2023	
		Usuarios	Cupos máximos	Cupos cubiertos	Cupos máximos	Personas Usuarías
Lavalleja	Minas	10	30	10	---	---
Canelones	La Paz	18	30	20.5	40	50
Canelones	Pando	---	30	15	30	18
Cerro Largo	Melo	---	30	6.5	40	45
Colonia	Juan Lacaze	23	30	17.5	35	34
Montevideo	Municipio D	---	30	---	30	16
Paysandú	Paysandú	12	30	11	30	42
Rivera	Tranqueras	---	30	10	30	26
Rocha	Rocha	---	30	10.5	35	45
Tacuarembó	P.de los Toros	10	30	13.5	30	29
Total		73	270	114.5	300	305

Fuente: elaboración propia en base a información del Informe Anual 2019, Memoria Quinquenal 2015-2020, y Memoria Anual 2023.

Tabla 9. Cantidad de personas usuarias de CD por modalidad de asistencia (Diciembre, 2023).

Modalidad	Cantidad
2 veces por semana	39
3 veces por semana	73
5 veces por semana	193
Total	305

Fuente: Memoria Anual 2023.

En cuanto a la cobertura, en el 2023 se logró, en la mayoría de los nueve centros existentes, llegar a la capacidad máxima de atención. Este alcance de la cobertura efectiva se debió a la mejora en los procesos de valoración que desarrolla el servicio, dando prioridad a las personas postuladas y disminuyendo los tiempos de espera. Otro aspecto fundamental para lograr el aumento de la asistencia de las personas usuarias, es que desde el año 2022 se incluyó en el presupuesto el rubro transporte, permitiendo mejorar la accesibilidad del servicio. Actualmente gran parte de las personas usuarias de centros de día tienen la posibilidad de ser trasladadas ida y vuelta al centro, algunos días a la semana.

El programa Centros de Día tenía en 2023 unos 300 cupos totales, distribuidos según localidad. La cobertura a diciembre 2023 llegó a 305 personas usuarias que representa entorno al 2% de la población potencialmente beneficiaria.

Tabla 10. Cantidad de personas usuarias de CD según sexo y tramo etario (Diciembre, 2023).

Tramos etarios	Número de personas			En porcentajes		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Entre 65 y 69 años	29	4	33	11,2	8,5	10,8
Entre 70 y 74 años	58	9	67	22,5	19,1	22,0
Entre 75 y 79 años	70	17	87	27,1	36,2	28,5
Entre 80 y 84 años	61	8	69	23,6	17,0	22,6
Entre 85 y 89 años	25	6	31	9,7	12,8	10,2
Entre 90 y 94 años	10	0	10	3,9	0,0	3,3
entre 95 y 99 años	1	2	3	0,4	4,3	1,0
Sin dato	4	1	5	1,6	2,1	1,6
TOTAL	258	47	305	100,0	100,0	100,0

Fuente: Memoria Anual 2023.

- Cantidad de RRHH total y por usuario

Los contratos con las organizaciones de la sociedad civil (OSC) o cooperativas de trabajo para proveer el servicio indican que todo CD debe contar con un equipo permanente y uno variable. El equipo permanente esta conformado por: coordinador/a técnico, psicólogo/a, cuidadores/as y auxiliar de servicio. Se prevé cuatro cuidadores/as por centro no pudiendo superar la ratio de un/a cuidador/a cada diez usuarios. Esta ratio se amplió en 2020 ya que inicialmente se consideraba un cuidador/a cada ocho usuarios (Aranco y Sorio, 2019:35).

El equipo variable estará conformado por las personas que se requieran para desarrollar las actividades previstas en el Plan de Centro. En principio se deben proveer al menos 8 horas semanales de talleres y el personal técnico que las desarrolle (por ejemplo, talleristas).

Presupuesto (desde 2015)

En 2019, se invirtieron 36.969.760 pesos uruguayos, de los cuales 25.731.999 fueron transferencias a terceros que proveen el servicio y 11.237.761 correspondieron al costo del personal de la Dirección Nacional de Cuidados. El costo administrativo representó un 30,4% del costo total. En ese momento había 201 usuarios y el costo mensual por usuario era 15.327 pesos. (OPP, 2020)

En 2023 la ejecución presupuestal para este servicio fue de 32 millones de pesos y el número de usuarios ascendió a 305. (Memoria 2023).

- Mecanismos para asegurar la calidad: determinación de estándares, formación de RRHH, supervisión.

El marco normativo vigente, que respalda el funcionamiento, la fiscalización y la habilitación de los centros de día, es la Ley Nº 19.355, art. 518, promulgada en diciembre de 2015, que asigna al Ministerio de Desarrollo Social las competencias de regulación y fiscalización en materia social respecto de los establecimientos que ofrezcan en forma permanente o transitoria servicios de cuidados a adultos mayores, con dependencia o autoválidos. Hasta el momento, solo se reglamentó la ley para los centros de larga estadía a través del Decreto 356/016. Las condiciones específicas que deben cumplir los centros de día se encuentran

detalladas en el procedimiento de contratación pública. Este es sumamente completo, establece condiciones ideales de servicio, explicita roles, tareas y define el servicio centrado en la persona desde todo punto de vista, ajustado a la normativa internacional y nacional en la materia. No obstante, el hecho de que no esté contemplado en una reglamentación adecuada y obligatoria hace que sea exigible solamente a la contraparte contratada y no es exigible por parte de los usuarios o familias, sino solo por quien contrata.

Por ello, uno de los desafíos pendientes que se mencionan en el Plan Quinquenal 2021-2025 es “generar una **normativa para que estos servicios se expandan en el mercado privado-social**: para ello es central la definición de competencias de habilitación y supervisión entre las autoridades sociales y sanitarias”. Este desafío aún persiste⁶ ya que actualmente los centros de día privados se desarrollan en el marco de los Centros de Larga Estadía y existe un solo centro de día público, para los usuarios de ASSE, que se brinda en el Hospital Centro Geriátrico “Piñeyro del campo” con cupos para 35 personas.

En los contratos con los proveedores del servicio se establecen requisitos mínimos en lo referente a los recursos humanos de los CD: cada centro diurno debe contar con un/a coordinador/a técnica (profesional del área social y/o educativa con experiencia de trabajo con personas en situación de dependencia y/o personas mayores y en roles de coordinación interinstitucional y de grupos de trabajo), un/a psicólogo/a, un/a auxiliar de servicios, y cuatro cuidadores/as (habilitado/a por la Secretaría Nacional de Cuidados a través del curso de Atención de la Dependencia y con experiencia de trabajo con personas mayores o personas en situación de dependencia y trabajo en equipo) no superando el ratio de diez usuarios por cada uno.

La SNCD realiza la supervisión y el seguimiento de los CD, a través de referencias centrales y territoriales para cada centro, con la finalidad de apoyar y controlar el desarrollo del servicio en sus diferentes componentes (MIDES, 2024). Esta forma de contralor de la actividad de los centros a través del acompañamiento es valorada por los prestadores del servicio como un aporte a la calidad del servicio y redundante en la calidad de vida de las personas usuarias y del personal (Seferian, 2023). Para desarrollar la evaluación y monitoreo de cada centro el equipo técnico debe proveer informes y fichas individuales de las personas usuarias.

Cada centro de día cuenta con una **Comisión de Seguimiento Territorial (CST)**. Las CST están pensadas como ámbitos de articulación y participación interinstitucionales y comunitarios, que permiten potenciar la calidad del servicio en cada localidad. A través de estos espacios se busca: fortalecer la apropiación de la propuesta por parte de todas las instituciones y actores involucrados (tanto las pertenecientes al SNIC como otros actores importantes del territorio), hacer y promover el seguimiento operativo de los acuerdos interinstitucionales y sociales, apoyar las acciones del programa y generar alternativas para las necesidades identificadas durante el despliegue del servicio.

Comisión de personas usuarias de cada CD. El servicio habilita la participación de las personas y prevé desde el inicio la existencia de espacios destinados a incidir en los aspectos que las implican y afectan. En este marco es fundamental que cada centro de día promueva y propicie la participación de las personas mayores como sujetos de derecho y que se facilite la conformación de una Comisión de Personas Usuarias. Estas comisiones tienen como objetivo fortalecer la apropiación de la propuesta por parte de las personas usuarias; favorecer su

⁶ Insumos de la entrevista grupal realizada con el equipo del SNCD, INMAYORES, BPS y MSP (17 de abril de 2024).

participación e incidencia en aspectos sustantivos del servicio; y promover el diálogo, la escucha, la problematización y la construcción colectiva en torno al uso del servicio.

Es necesario destacar que cada comisión debe elegir una o más personas como representantes en la Comisión de Seguimiento Territorial, para que en ese espacio esté representada la voz de las personas usuarias, permitiendo una real incidencia en el servicio y en su seguimiento. En la actualidad todos los centros tienen conformada una Comisión de Personas Usuarias. La mayoría de ellas cuenta con representación en las Comisiones de Seguimiento Territorial y varias han desarrollado acciones propias, acordadas por sus integrantes.

A su vez, cada persona usuaria cuenta con un **Plan de Atención Personalizado** que contiene un programa individual de intervención y cuidados con una mirada interdisciplinaria, formulado con y para la persona usuaria, adaptándose a su evolución. El plan tiene como base la valoración integral hecha al momento del ingreso al centro: las necesidades, capacidades e intereses de la persona, los recursos disponibles en el centro y en la comunidad. Debe realizarse en las primeras semanas a partir de su ingreso, e incluir: las dificultades y potencialidades detectadas, los objetivos propuestos, las actividades acordadas con su carga horaria y la responsabilidad de las mismas en cada área (funcional, psicoafectiva, biomédica, cognitiva y social). Al menos una vez al año y junto con la persona usuaria, debe realizarse una evaluación de su situación y el grado de cumplimiento del plan, para poder redireccionar, ajustar o modificar los aspectos requeridos en la atención.

Dos desafíos que se planteaban en el Plan quinquenal 2021-2025 para mejorar la calidad de los Centros de Día son:

- la generación de indicadores objetivos de monitoreo de la calidad del servicio, y
- la implementación de capacitaciones que permitan a los equipos de los Centros de Día acceder a herramientas que fortalezcan su tarea y les aporten insumos al momento de trabajar con personas mayores en situación de dependencia en el marco de un dispositivo de cuidados colectivo. Allí los propios equipos tienen un rol activo en la demanda de capacitación en temas específicos, pero también desde la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad se han identificado temáticas transversales a todos los centros que aportan al trabajo en equipo y a temas vinculados a la tarea cotidiana.

En consonancia, se han llevado adelante instancias de capacitación cuyo objetivo principal es la mejora en la calidad de la atención, a través del acompañamiento y fortalecimiento a los equipos de los CD. En la Memoria 2023 se reconoce como fundamental seguir trabajando con los equipos en capacitaciones continuas o espacios para afianzar el enfoque de atención en cuidados propuesto por el SNIC en todas sus dimensiones.

Durante 2023, las instancias de actualización a todos los equipos de los centros de día pusieron el foco en (MIDES, 2024):

- el **rol de las cuidadoras** en un centro de día, límites y estrategias de equipo para prevenir y abordar situaciones de sobreimplicación en la tarea.
- el **fortalecimiento de equipos**: en varios CD, se realizaron instancias de trabajo con todo el equipo del centro en respuesta a demandas de ellos mismos o de temas específicos que identificaran las supervisoras. Los temas de mayor demanda fueron los roles y tareas de cada integrante del equipo, las dificultades de comunicación interna, y

las posibles estrategias de abordaje frente a situaciones de profundización de la dependencia en personas usuarias.

- **Capacitación a coordinadoras y psicólogos/as** que se han incorporado recientemente a los centros. Esta línea de trabajo, se activa cada vez que hay cambios en las coordinaciones de los equipos de CD, siguiendo la estrategia de las capacitaciones iniciales en sus diversas temáticas: institucionalidad del SNIC, conceptos de cuidados, interdependencia, autonomía relacional, perspectiva de derechos, perspectiva de género, vejez, enfoque de atención centrado en las personas y herramientas de trabajo (entrevistas iniciales, evaluación integral, planes de atención personalizados, etc.).
- **Instancias de trabajo con psicólogos/as de CD.** En varios centros se realizaron encuentros de trabajo para afianzar el rol de esta profesión en los centros. Esto apunta a potenciar la aplicación del enfoque centrado en las personas y fortalecer la implementación de los planes de atención personalizados.
- **Instancias de trabajo con gestores de centros.** Durante 2023 se identificó la necesidad de implementar reuniones de trabajo con cada proveedor de centro de día, al registrarse dificultades en temas de gestión que repercuten en la calidad del servicio. Se convocó por cada centro de día a representantes legales de los gestores, a sus responsables contable-administrativos y a la coordinación del equipo en cada centro. Coordinó las reuniones la responsable del área de Servicios de la Dirección de Cuidados, asistiendo también la referente de supervisión de cada centro, el área de Dependencia y el/la referente territorial del MIDES (DNGT). Los temas abordados fueron: presupuesto del servicio, rendiciones contables, avales, roles y responsabilidades de cada representante, recursos humanos/talleres, planificación anual y plan de centro.

En cuanto a las evaluaciones del programa, hay una en curso que está desarrollando la Dirección Nacional de Transferencias y Análisis de Datos (DINTAD) del MIDES. La misma comprende tres ejes: (i) satisfacción de las personas usuarias y sus familias; (ii) perfil de las personas usuarias; y (iii) gestión y calidad del servicio. Los resultados estarían disponibles en 2024.

3.2.2. Teleasistencia

El programa de Teleasistencia en casa permite a personas en situación de dependencia leve o moderada de 70 años de edad o más, acceder de forma subsidiada a un servicio de alerta, por el que pueden avisar a su familia, vecinos o personal médico sobre cualquier incidente que ocurra en su hogar. Funciona a través de una pulsera o collar que, al presionarse, dispara la alerta a un centro de atención que está disponible 24 horas durante los 365 días del año.

Objetivo General: Contribuir al cuidado de las personas en situación de dependencia leve y moderada que residen en sus domicilios particulares.

Objetivos específicos:

- ✓ Asegurar la recepción derivación inmediata y oportuna, a través del uso de Tics, frente a las diferentes urgencias/emergencias que puede experimentar una persona en situación de dependencia leve o moderada.
- ✓ Contribuir a brindar seguridad al entorno de las personas en situación de dependencia leve y moderada.
- ✓ Aportar en el retraso del incremento de las situaciones de dependencia.

- Reglas de elegibilidad y focalización

Tienen derecho a acceder al programa de Teleasistencia todas las personas en situación de dependencia leve y moderada, que residan en sus hogares particulares. Quedan incluidas las personas que residen en pensiones y excluidas aquellas que se encuentran institucionalizadas, por entender que ya tienen sus necesidades cubiertas a partir de un servicio. (Decreto 428/016)

Actualmente acceden aquellas personas de 70 años y más, pero la idea en su gestación fue que progresivamente se vaya ampliando esa franja etaria hasta llegar a los 50 años y más.

En este caso la postulación es telefónica. Durante la misma se aplica un “proxy” del baremo de dependencia que identifica si la persona que postula se encuentra en situación de dependencia y qué nivel de subsidio le corresponde. El servicio debe ser contratado por las personas usuarias o a través de sus representantes o apoderados. Las personas podrán seleccionar una empresa habilitada para brindar el servicio.

Las personas usuarias de Teleasistencia que vean incrementado su nivel de dependencia podrán solicitar una valoración y en caso de que el resultado de la valoración presencial sea dependencia severa podrán postular a Asistentes Personales, con independencia de su edad. Asimismo, cualquier persona usuaria de Teleasistencia puede a su vez ser usuaria de Centros de Día. Para éste último siempre se requiere la valoración presencial.

Las personas acceden a un subsidio total o parcial en función del nivel de ingreso per cápita del hogar. El subsidio a la prestación puede ser total, parcial o no corresponder, en función del nivel de ingreso per cápita del hogar (opera en franjas de 100%, 67%, 33% y 0%). El valor del subsidio en el nivel de 100% está fijado en 0,26 BPC, que en 2024 equivale a \$U 1.959.

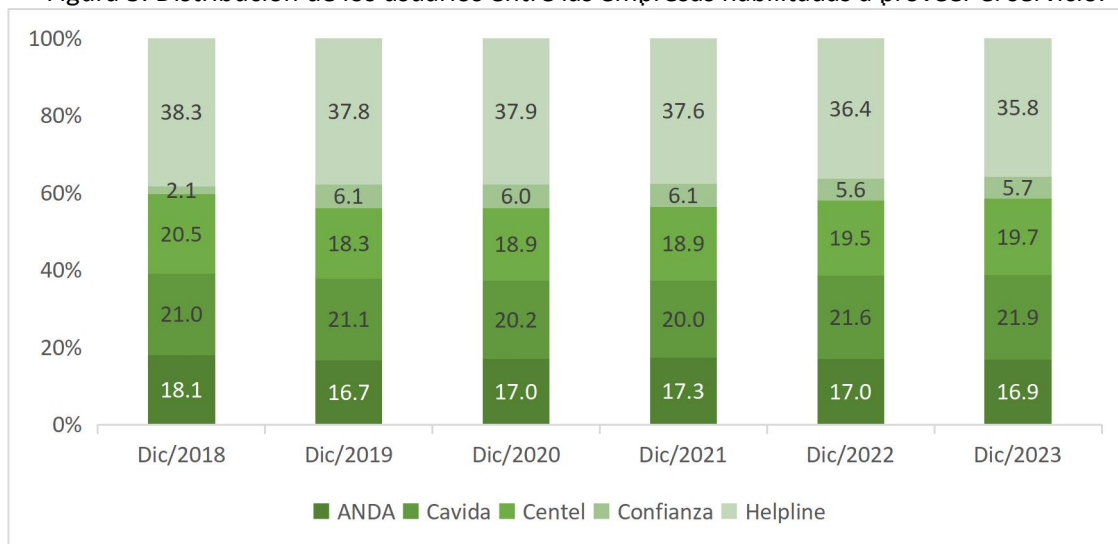
Tabla 11. Niveles de subsidios del servicio de Teleasistencia de acuerdo al ingreso del núcleo familiar (2024)

Nivel de ingresos per cápita del grupo familiar	Subsidio (%)	Monto del subsidio (\$U)
Hasta 3 BPC per cápita (<i>\$U 18.531</i>)	100%	0,26 BPC + IVA (<i>\$U 1.959</i>)
Entre 3 y 6 BPC per cápita (<i>\$U 37.062</i>)	67%	0,1742 BPC + IVA (<i>\$U 1312.8</i>)
Entre 6 y 11 BPC per cápita (<i>\$U 67.947</i>)	33%	0,0858 BPC + IVA <i>\$U 646.6</i>
Más de 11 BPC per cápita (<i>más de \$U 67.947</i>)	0%	0

Fuente: elaboración propia en base a OPP (2020).

La provisión del servicio se inicia a principios de 2017 con una convocatoria abierta y una amplia difusión a empresas interesadas, que incluía los requisitos y procedimientos de postulación. La Secretaría Nacional de Cuidados es quien habilita a los prestadores. Desde febrero de 2020, hay 5 empresas habilitadas (CENTEL, ANDA, CAVIDA, Confianza y Helpline) para proveer el servicio a nivel nacional. La más importante es Helpline que cubre entorno al 36-38% de los usuarios. Le siguen, CAVIDA y CENTEL con alrededor del 20% cada una, ANDA con el 17% y Confianza con 6%.

Figura 5. Distribución de los usuarios entre las empresas habilitadas a proveer el servicio.

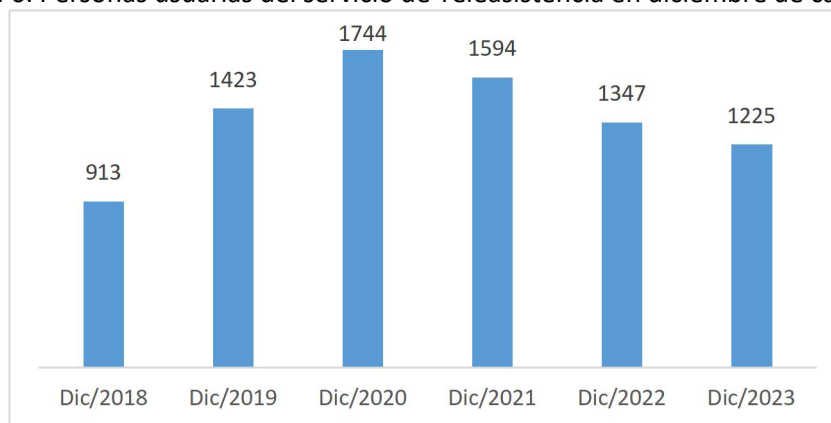


Fuente: elaboración propia en base a la información brindada por la SNCD.

- Niveles de utilización y cobertura (desde 2015)

MIDES (2020) plantea que para 2016 habían estimado un universo potencial de 28.468 personas, que correspondía a las personas en situación de dependencia leve o moderada de 70 y más años (excluidas las personas que tengan al menos una limitación mental⁷). En diciembre de 2017 las personas usuarias eran 283 (casi el 1% de la demanda potencial). Luego siguen una evolución ascendente hasta inicios del 2021, pero desde ahí el número de usuarios desciende levemente cada mes.

Figura 6. Personas usuarias del servicio de Teleasistencia en diciembre de cada año.



Fuente: información brindada por la SNCD.

⁷ Las personas con al menos una limitación mental se excluyeron de la estimación como forma de aproximarse al universo de personas que cumplían con los requisitos para el uso de dispositivos no accesibles. En el formulario de postulación esto se despeja en base a la posibilidad de identificar y transmitir situaciones de emergencia. Cabe aclarar que la limitación mental en si misma no es una causal de exclusión del uso del servicio, pero sí lo es la imposibilidad de utilizar el servicio. (MIDES, 2020)

La Memoria 2022 menciona que el nuevo mecanismo de información entre empresas proveedoras, MIDES y BPS, permitiría mejorar la armonización de las bases manejadas por los distintos actores y simplificar algunos procesos. De esa forma, se esperaba una mejora en términos de eficiencia que permitiera liberar recursos para otorgar nuevas altas al servicio en 2023 (MIDES, 2023.)

La distribución según nivel del subsidio tiende a concentrarse entre quienes reciben el subsidio total. Pero hay una proporción mayor que en el programa de Asistentes Personales que no reciben subsidio o cuentan con subsidio parcial (1 de cada 4 usuarios). Ello podría deberse, según MIDES (2024), a que las condiciones de ingreso al servicio a través de TA pueden resultar favorables respecto a la contratación individual de mercado, incluso sin percibir subsidio.

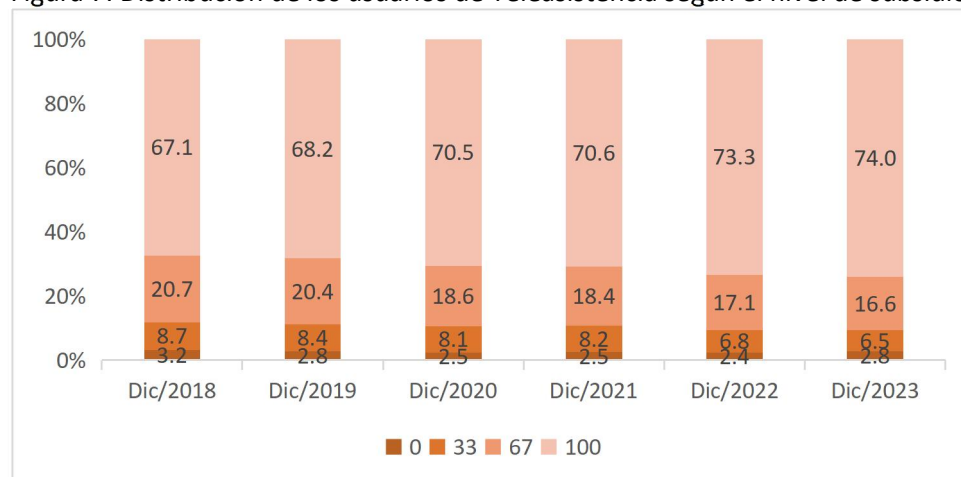
Tabla 12. Distribución de las personas usuarias de Teleasistencia según nivel del subsidio. (diciembre de 2018 y 2023).

Nivel de subsidio	Dic-18		Dic-23	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
0	29	3,2	34	2,8
33	79	8,7	80	6,5
67	189	20,7	203	16,6
100	613	67,1	906	74,0
Sin dato	3	0,3	2	0,2
Total	913	100	1.225	100,0

Fuente: elaboración propia en base a la información brindada por la SNCD.

De todas formas, algo a tener en cuenta es que a medida que se reduce la cantidad de usuarios se va incrementando la proporción de quienes reciben subsidio total. A su vez, se incrementa el número de Suspendidos⁸, aunque no el de Pendientes⁹.

Figura 7. Distribución de los usuarios de Teleasistencia según el nivel de subsidio.



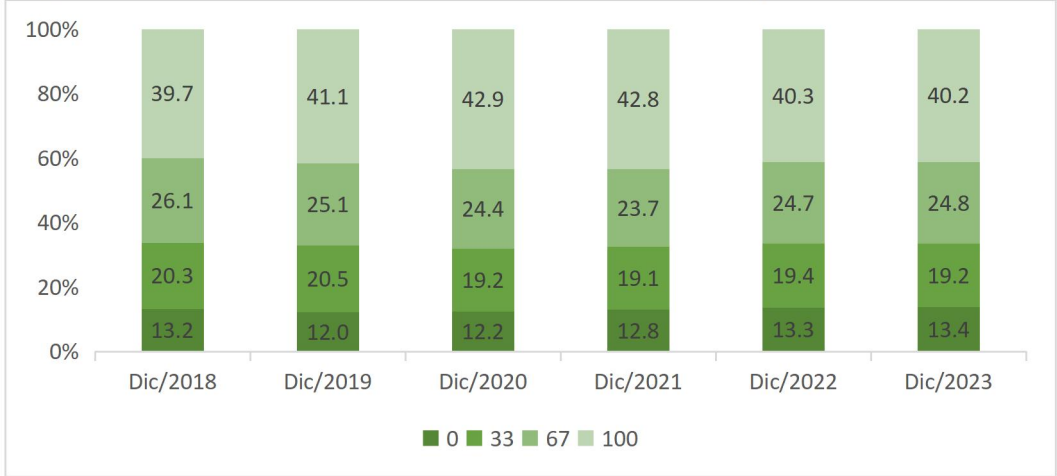
Fuente: elaboración propia en base a la información brindada por la SNCD.

⁸ Se consideran "Suspendidos" aquellos usuarios que utilizaron el programa, pero por el momento suspendieron el servicio que tenían contratado y aun tienen derecho a elegir un asistente personal para retomar el servicio.

⁹ Se consideran "Pendientes" aquellos usuarios que ingresaron al programa, pero aun no han seleccionado un asistente personal.

Entre los Pendientes la distribución del subsidio es bien distinta y predominan los que no reciben el subsidio total.

Figura 8. Distribución de los PENDIENTES de Teleasistencia según el nivel de subsidio.



Fuente: elaboración propia en base a la información brindada por la SNCD.

Casi nueve de cada diez personas usuarias son mujeres y ello se acentuó entre 2018 y 2023. A su vez, según tramos etarios la población demandante se concentra entre los 75 y 89 años de edad en ambos sexos.

Tabla 13. Distribución de las personas usuarias de Teleasistencia según sexo y tramo etario. (diciembre de 2018 y 2023, %)

Tramos etarios	Diciembre de 2018			Diciembre de 2023		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
70-74	1,7	12,2	13,9	0,2	1,3	1,6
75-79	3,5	18,1	21,6	3,1	18,0	21,1
80-84	3,4	24,7	28,1	3,3	25,0	28,2
85-89	4,1	18,1	22,2	2,7	25,7	28,4
90-94	1,6	9,8	11,4	1,7	13,7	15,4
95 y más	1,0	1,7	2,7	0,5	4,8	5,3
Total	15,4	84,6	100,0	11,5	88,5	100,0

Fuente: elaboración propia en base a MIDES (2024) y MIDES (2019a).

A su vez, en términos geográficos, la demanda se concentra en los departamentos de Montevideo y Canelones. Pero, como se plantea en MIDES (2024) esa concentración es similar a la de la distribución de la población en dicho tramo etario.

- Presupuesto (desde 2015)

El presupuesto anual en 2019 era de 19 millones de pesos, en 2022 pasó a 26 millones pero en 2023 volvió a 20 millones. De ese total, en 2019 el 27,8% fueron costos administrativos (personal SNC).

- Calidad de los servicios

El decreto 428/2016 define el servicio, las condiciones de habilitación para los proveedores y el acceso al subsidio, entre otros aspectos. En relación a la fiscalización, en el capítulo VII del decreto se plantea que el MIDES realizará “procedimientos con fines de seguimiento y contralor sin perjuicio de las facultades que a este respecto competen a otros organismos. En caso de constatarse irregularidades o incumplimientos vinculados al servicio tanto de usuarios como de proveedores, se comunicará de forma inmediata a la Secretaría Nacional de Cuidados pudiéndose aplicar descuentos o suspensión del subsidio otorgando vista previa al usuario, sin perjuicio de las acciones administrativas y judiciales que correspondan.”

A su vez, el usuario o sus representantes pueden remitir denuncias a la Secretaría de Cuidados en caso de irregularidades o incumplimientos, y pueden dar la baja al servicio cuando lo decidan (arts. 30 y 31 del Decreto 428/016).

El informe de OPP (2020) hace referencia a un censo de usuarios del Programa de Teleasistencia (en 2018); el mismo mostraba que menos del 10% de las personas usuarias realizaban un uso efectivo del servicio por temas de emergencia. Otro aspecto relevante a destacar era la existencia de una percepción general de mejora en el bienestar de la persona: percepción universal de que el servicio brindó tranquilidad a su entorno (familiares y personas allegadas) y a su vida cotidiana (basado en DINEM - MIDES, 2020:228).

3.2.3. Programa de Asistentes Personales (SNIC)

El programa Asistentes Personales busca garantizar el acceso equitativo a alternativas de cuidado adecuado para personas en situación de dependencia severa, en condiciones de corresponsabilidad y solidaridad, atendiendo al cuidado y la asistencia personal para las actividades de la vida diaria. (MIDES, 2022b)

Brinda un Asistente Personal que cuenta con una carga mensual de 80 horas para concurrir al domicilio del beneficiario en días y horarios acordados con el usuario. Las acciones a realizar también son convenidas con las familias. (MIDES, 2022b)

El asistente personal puede ser una persona que trabaja de manera independiente o personal de empresas que brindan servicios de cuidado. Su función es asistir a la persona en situación de dependencia severa en forma directa y personal en la realización de sus actividades de la vida diaria (AVD). (MIDES, 2022b)

El objetivo general del programa es: promover el acceso a cuidados de calidad de las personas en situación de dependencia severa, menores de 30 y mayores de 80 años, que residen en domicilios particulares (no en instituciones), en un marco de corresponsabilidad y equidad. Incluye a personas con ciudadanía natural, legal o con 10 años de residencia en el país.

Los objetivos específicos son:

- Asegurar equidad en el acceso de las personas en situación de dependencia severa a cuidados y asistencia para el desarrollo de la vida diaria.
- Promover la autonomía de las personas usuarias de la asistencia personal.
- Contribuir a la transformación de las estrategias de cuidados de los hogares.
- Mejorar las condiciones laborales de las personas que trabajan como AP.
- Contribuir a fortalecer el rol y la práctica del AP.
- Garantizar la calificación en cuidados de calidad de las AP.

- Reglas de elegibilidad y focalización

Para acceder al programa las personas deben contactarse con el Portal de Cuidados o con los distintos dispositivos territoriales de la Dirección Nacional de Gestión Territorial del MIDES. Si la persona cumple el perfil, se solicita una visita para valorar su grado de dependencia, así como la situación socioeconómica de su hogar. Para los casos que resultan con dependencia severa, se determina la franja de subsidio con base en la información de la visita y los registros de BPS, y se notifica a la persona. A partir de ese momento, la persona puede concurrir a BPS a seleccionar su Asistente Personal del listado de personas habilitadas y de esa forma se conforma el binomio. Si la persona no conforma el binomio en un plazo de 120 días corridos desde la notificación, debe postular nuevamente para acceder al beneficio.

El monto de la prestación mensual, para los casos de subsidio total, está definido en 4,6 Bases de Prestaciones y Contribuciones (BPC). Dicho monto cubre las cargas laborales asociadas a la contratación, licencia y salario vacacional de la persona que se contrata como asistente personal. Por su parte, en caso de despido, los costos de indemnización corren por cuenta de las personas contratantes del servicio.

Tabla 14. **Niveles de subsidios del programa de Asistentes Personales de acuerdo al ingreso del núcleo familiar (2024).**

Nivel de ingresos per cápita del grupo familiar*	Subsidio (%)	Monto del subsidio (\$U)
Hasta 3 BPC per cápita (<i>\$U 18.531</i>)	100%	4,6 BPC (<i>\$U 28.414</i>)
Entre 3 y 6 BPC per cápita (<i>\$U 37.062</i>)	67%	3,082 BPC (<i>\$U 19.037</i>)
Entre 6 y 11 BPC per cápita (<i>\$U 67.947</i>)	33%	1,518 BPC (<i>\$U 9.377</i>)
Más de 11 BPC per cápita (<i>más de \$U 67.947</i>)	0%	0

Nota: Se realiza una corrección al ingreso per cápita restando el monto equivalente a una Pensión por Invalidez por persona en situación de dependencia en el hogar previamente al cálculo del ingreso per cápita y la asignación del mismo a la franja correspondiente.

Fuente: elaboración propia.

Desde 2022 se está desarrollando una modalidad piloto de provisión colectiva del programa, en algunos departamentos. En estos casos, el servicio se contrata a través de cooperativas de asistentes personales, habilitados/as en el registro de BPS. Al cierre de 2023, se registraban usuarios/ as activos/as de esta modalidad en los departamentos de Salto y Tacuarembó que apenas abarcaban al 1% del total. En abril 2024, existían 12 cooperativas habilitadas¹⁰ para proveer AP, pero sólo tres tenían binomios conformados.

- Niveles de utilización y cobertura (desde 2015)

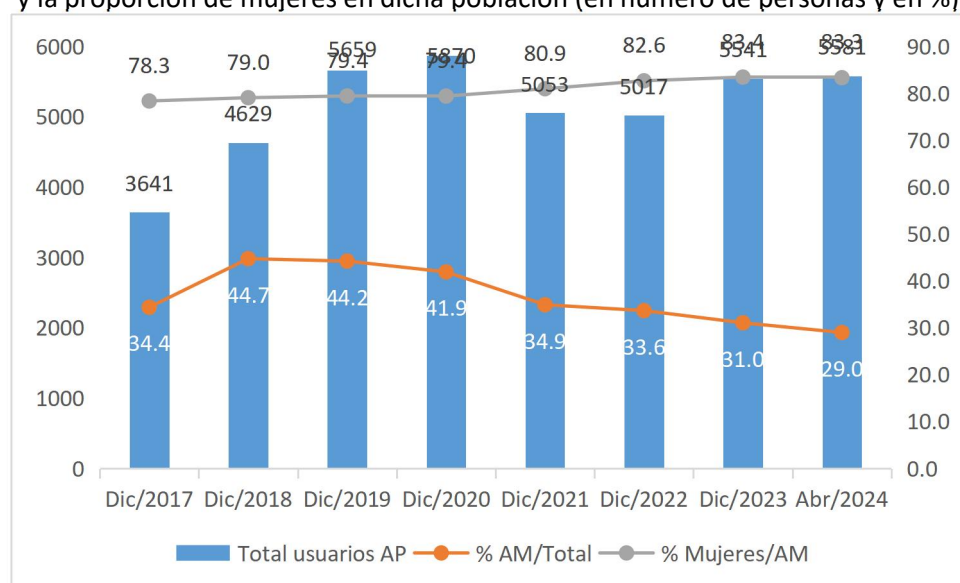
Previo al desarrollo de este programa en el marco del Plan Nacional de Cuidados 2016-2020, se había reglamentado el artículo 25 de la ley 18.651 para la Protección Integral de Personas con Discapacidad en julio de 2014 que implicó el desarrollo del Programa de Asistentes Personales a personas con discapacidades severas (Decreto 214/014). Dicho programa funcionó en forma similar a este, pero el monto del subsidio era menor; no estaba previsto el copago, o sea, que todos los beneficiarios recibían el total del subsidio; cubría 70 horas mensuales, no tenía límites de edad para su acceso y la formación de los AP era inferior. El único requisito para acceder al programa era contar con la Pensión por invalidez del BPS. Los usuarios de este programa fueron transferidos al programa de AP cuando este inició, razón por la cual entre los usuarios de AP figuran personas en la franja de 30 a 80 años de edad, aunque esta no esté entre la población elegible.

Cuando se inicia la nueva modalidad del programa, las personas usuarias mayores de 80 años eran muy pocas (apenas el 1,5% de los usuarios que totalizaban alrededor de 1300). En marzo de 2017 alcanzan el 10,3% y en diciembre de dicho año llegan al 34,4% (en un total de 3.099). En esta franja etaria son amplia mayoría las mujeres que representaban, en 2017, el 78,3%.

En los años siguientes la proporción de personas mayores de 80 años se elevó al 44% en 2019, pero de ahí en más se vuelve a reducir llegando al 29% en la actualidad. La proporción de mujeres siguió creciendo hasta llegar al 83,3%.

¹⁰ Una en Colonia, una en Maldonado, cinco en Paysandú, tres en Salto y dos en Tacuarembó.

Figura 9. Evolución del total de usuarios de AP, la proporción de personas mayores de 80 años y la proporción de mujeres en dicha población (en número de personas y en %).



Fuente: elaboración propia en base a información proporcionada por la SNCD.

El número de usuarios se redujo entre 2021 y 2022 por efecto de la reducción de visitas durante la pandemia (2020 y 2021), pero ya en 2022 se reactivaron llegando a las 2.300 al año. El 55% de las visitas corresponde a personas de menos de 30 años, y el 45% a personas de 80 años y más (SNIC, 2024).

Respecto al subsidio, la población con el 100% siempre ha sido muy elevada (entorno al 86% y 90%) para el conjunto de usuarios del programa. Entre un 8 y 10% accede al subsidio del 67%, y un porcentaje muy inferior (entre el 1 y 2%) obtiene el 33% de subsidio. No hay usuarios sin subsidio. No disponemos de información para los mayores de 80 años, pero las proporciones deben ser muy similar.

En la Memoria Anual de 2023 se plantea que la proporción de quienes acceden al programa luego de ser valorados es significativamente mayor entre quienes reciben el subsidio total y dicha proporción se reduce drásticamente a medida que aumenta el copago: “de las personas valoradas entre 2021-2023, quienes obtuvieron 100% de subsidio conformaron al menos un binomio en el 78,3% de los casos, mientras que entre quienes obtuvieron 67% de subsidio lo hizo el 42,1%, y entre quienes obtuvieron 33% apenas un 22,6% de los casos conformó binomio”. Dicho tema es importante trabajarlo porque significa que más allá que la demanda existe, el cobro del copago es un desestímulo a acceder al beneficio. Sería interesante saber si en esos casos se recurre al trabajo no remunerado de las mujeres de la familia o a contratar a una persona por una menor remuneración.

- Cantidad de RRHH total y por usuario

En diciembre de 2023 trabajaban como asistentes personales del programa 4.308 personas. De ellas, el 98,7% lo hacía exclusivamente en la modalidad de provisión individual (4.249 personas) y un 1% lo hacía exclusivamente en el marco de la modalidad de provisión colectiva (45 personas), mientras que 14 cuidadoras (0,3% del total de APs trabajando) lo hacían simultáneamente en ambas modalidades.

Las Asistentes Personales para poder desempeñar su tarea deben estar habilitadas. Para ello deben transitar alguna de las tres opciones definidas en la estrategia de formación: el curso

básico de atención a la dependencia; el proceso de certificación de competencias laborales o; el proceso de validación de saberes. En diciembre de 2023, el 74,4% de las AP tenía habilitación definitiva. Avanzar en este indicador ha sido una prioridad desde 2021, cuando sólo el 53% de las AP que estaban trabajando tenían habilitación definitiva y 26% habilitación parcial.

Aún hay 184 personas trabajando con habilitación parcial (aún no han recibido la formación correspondiente) y 907 trabajan en régimen de excepción. Ello significa que los usuarios cumplen alguna de las siguientes condiciones:

- Residen en localidades pequeñas donde no hay cuidadoras/es habilitadas/os disponibles.
- Son menores de 15 años, concurren a un centro educativo y solicitan ser cuidados por una persona que no cuenta con la formación exigida por el SNIC, pero resulta de confianza de la familia.

La jornada laboral de las AP se desempeña mayormente a tiempo parcial (80 horas mensuales que equivalen a 20 horas semanales). Por lo tanto, podrían atender a dos usuarios a la vez. Pero como también puede ser ejercida por personas que ya tengan otro empleo o que no tengan disponibilidad para trabajar la jornada completa sólo un tercio del total tiene dos o más personas a cargo. Según la Memoria anual 2023, la tendencia histórica ha sido que, en tanto se mantenga en aumento la cantidad de personas usuarias activas, tiende a crecer paulatinamente la proporción de asistentes que integran más de un binomio. Esto implica que parte de quienes trabajan en un solo binomio tendrían disposición a tomar un segundo caso en tanto haya disponibilidad de personas usuarias.

Es un sector altamente feminizado y de mediana edad: el 95% de las AP en actividad son mujeres y cerca de dos tercios se ubican entre los 35 y 59 años de edad. La intensidad en la feminización del trabajo disminuye hacia los tramos etarios más jóvenes. En la franja de edad de menores de 35 años, los varones representan el 7,3% de APs en actividad, mientras que de ahí en más se ubican entorno al 4%. (SNIC, 2024)

- Presupuesto (desde 2015)

El presupuesto ejecutado por el programa, con la información disponible, no es posible desagregarlo por tramos etarios. En el primer quinquenio se incrementó año a año partiendo de 146 millones de pesos en 2016 y llegando a entorno a 1.500 en 2020. Desde ahí se ha mantenido en dicho nivel.

Figura 10. Ejecución presupuestal del Programa Asistentes Personales
(en millones de pesos uruguayos)



Fuente: elaboración propia en base a información del MIDES (2020) y SNIC (2024 y 2023).

La modalidad colectiva tiene un costo adicional en relación a la modalidad individual equivalente a 1.500 pesos por binomio atendido.

- Calidad de los servicios
 - Mecanismos para asegurar la calidad: determinación de estándares, formación de RRHH, supervisión.
 - Resultados en la calidad.

El documento de diseño del programa prevé que los referentes de evaluación y monitoreo son: DINTAD y SNCyD. En dicho documento no se establecen estándares ni indicadores de calidad sólo se define una “Matriz básica de monitoreo” que incluye:

- ✓ indicadores de contexto: estimaciones de la población objetivo por departamento, consultas y demandas del servicio (por dpto, sexo y edad),
- ✓ indicadores de recursos: humanos y financieros asignados al programa y presupuesto ejecutado;
- ✓ indicadores de productos: cantidad de consultas, personas postuladas, visitas realizadas, valoraciones de dependencia, beneficiarios, personas que aún no conformaron binomios (pendientes) y cantidad de AP según tipo de habilitación y cantidad de usuarios que atiende.

El Decreto reglamentario del programa (N° 117/016) sólo establece en el Art.33 los procedimientos de seguimiento y contralor que podrá desarrollar el Ministerio de Desarrollo Social sin perjuicio de los que puedan desarrollar la Inspección General del Trabajo o el Banco de Previsión Social. “En caso de constatar irregularidades o incumplimientos vinculados al servicio se comunicarán a la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad y al Banco de Previsión Social pudiéndose aplicar descuentos o suspensión del subsidio, sin perjuicio de las acciones administrativas y judiciales que correspondan”.

Hasta el momento se han desarrollado dos evaluaciones al programa en la modalidad de provisión individual: una cualitativa desarrollada directamente por DINTAD en 2018-2019 y otra cuantitativa que desarrolló DINTAD en base a una encuesta encargada a la empresa OPCIÓN que fue realizada en junio 2021. Ambas buscaron generar información sobre la implementación y gestión del programa y las valoraciones de los actores involucrados. De dichas evaluaciones se extrajeron resultados que avalaron la necesidad de introducir mejoras y

una fue la implementación de la modalidad de provisión colectiva. En estos momentos se está cerrando la evaluación de dicha modalidad desarrollada por una organización externa (CIEDUR), en conjunto con la SNCyD.

En relación a la calidad del servicio un tema a destacar desde la implementación del programa es la **profesionalización del sector de trabajo de los cuidados**, apuntando a la formación y profesionalización de los trabajadores cuidadores. Este aspecto es altamente valorado por los asistentes personales, aunque en las evaluaciones se manifestaba cierta disconformidad de algunas familias por la falta de formación específica en algunos tipos de dependencias. Es reconocido que a pesar que el componente formación es un pilar central del programa, al inicio no lograba desarrollarse en la medida y con la velocidad necesaria. Ello llevaba a que hubiera AP sin habilitación definitiva (un inconveniente que ha logrado revertirse).

Otro de los aspectos que merecía mayor atención eran las **condiciones laborales de las asistentes personales**. Se han manifestado algunas dificultades, sobre todo en el comienzo de la implementación, a causa del desconocimiento de los derechos laborales y de las condiciones del contrato laboral tanto por parte del AP como de las familias, falta de claridad en la definición de las tareas que debe realizar el asistente personal y dificultades asociadas al nuevo rol que cumplía la familia como empleadora. Con la modalidad colectiva ello se ha ido subsanando ya que la cooperativa actúa como intermediario en la relación y ayuda a la familia a comprender cabalmente cuáles son los roles y funciones de la AP.

En cuanto a las remuneraciones, en ambos casos el monto es el mismo, la diferencia es el momento en que se abonan los beneficios sociales por aguinaldo, licencia y salario vacacional. En la modalidad individual, el BPS cada mes les liquida el sueldo y las cuotas partes correspondientes a la licencia, el aguinaldo y el salario vacacional, mientras en la modalidad colectiva se abona cada beneficio según la ley. A su vez, en la modalidad individual el/la usuario/a debe abonar el despido en caso de rescindir el contrato, mientras en la modalidad colectiva no.

Otra estrategia que se viene desarrollando desde el inicio del programa para mejorar el vínculo entre la Secretaría de Cuidados y Discapacidad y las AP, así como el sentimiento de grupalidad entre ellas son los **Encuentros de AP**. En dichas instancias se busca desarrollar un mayor acompañamiento del servicio y promover el modelo de Atención Centrada en la Persona. Se brindan herramientas útiles para el desarrollo de la tarea, se escuchan sus inquietudes y se busca transformar situaciones emergentes y propias de la soledad de la tarea en emergentes conceptuales que guíen y generen nuestras estrategias (SNIC, 2023). En 2023 se realizaron 14 encuentros en 12 departamentos donde participaron cerca de 400 AP y algunas cuidadoras de centros de día.

Uno de los mecanismos que se empezó a implementar en 2023 para dar seguimiento al cumplimiento de las tareas es el diseño del **Plan de Atención Personalizado**. Ello se inició en una de las cooperativas más antiguas del programa. Con los aprendizajes de esta experiencia piloto se espera seguir desarrollando insumos para alimentar los talleres de capacitación con las demás cooperativas.

En lo inmediato y para el acompañamiento de las AP individuales se ha propuesto en los Encuentros fortalecer la articulación con los referentes territoriales de cuidados. A su vez, se debe avanzar en una **estrategia de acompañamiento y supervisión del programa** para lo cual es importante diseñar procedimientos para el seguimiento de la tarea y de las diferentes dimensiones asociadas, de cara al monitoreo del cumplimiento de las tareas, así como de las condiciones establecidas en la prestación. Adicionalmente, el diseño de Protocolos de registro

que sirvan como insumo para el seguimiento y supervisión. Para ello es importante generar instancias bilaterales, inicialmente con BPS ya que es el organismo que cuenta con experiencia en la fiscalización del programa e incorporar las dimensiones que desde la Dirección de Cuidados se entiendan importantes. (SNIC, 2024)

Otro tema es fortalecer la formación de las AP a través de un **programa de Formación Permanente**. Algunas de las temáticas identificadas son: ciclo de vida (infancias, adolescencias, aduleces y vejezes), atención centrada en las personas, derechos laborales, asistentes personales en ámbitos educativos y discapacidad.

Uno de los mecanismos que está en vías de implementarse para mejorar la comunicación de las AP con la SNCyD y para facilitar información para que las familias puedan seleccionar AP es la **plataforma digital de apoyo a los cuidados en domicilio**, cuya finalidad es mejorar la calidad del servicio.

Por último, en la Comisión de Regulación en 2023 se presentó el **protocolo de denuncias**, su implementación, sus principales objetivos y sus implicancias para cada uno de los actores involucrados. (SNIC, 2024)

3.2.4. Programa de apoyo al cuidado permanente (PACP)

El Programa de Apoyo al Cuidado Permanente es un subsidio para cuidados residenciales de personas institucionalizadas en Establecimiento de Larga Estadía (ELEPEM), que sean objeto de cierre o clausura por los organismos competentes.

Implica un subsidio económico total a la persona usuaria, destinado en forma exclusiva a la contratación del servicio de cuidados en un ELEPEM inscripto en el Registro de Proveedores del SNIC. El valor del subsidio es en el entorno de los \$U 38.500 y se ajusta anualmente por IPC.

El objetivo general es: facilitar el acceso a cuidados de calidad a personas que residen en los ELEPEM que son cerrados por no cumplir las condiciones establecidas en la normativa vigente.

Los objetivos específicos son:

- subsidiar a personas residentes, que se ajusten al Art.2 del decreto reglamentario¹¹ para que sean realojadas en establecimientos de larga estadía que ofrezcan cuidados de calidad.
- Facilitar el proceso de cierre de establecimientos de larga estadía que no cumplan con las exigencias de la normativa vigente y deban ser clausurados.
- Incentivar y apoyar el proceso de habilitación de ELEPEM.

La iniciativa se comenzó a trabajar en el año 2021 con el Ministerio de Salud Pública (MSP), Banco de Previsión Sociales (BPS), Instituto Nacional de Personas Mayores (Inmayores) y SNCD.

- Reglas de elegibilidad y focalización.

¹¹ El Art 2 del Decreto N°356/016) establece que “se considera persona mayor a toda persona que haya cumplido 65 (sesenta y cinco) años. Excepcionalmente y con autorización expresa del Ministerio de Salud Pública, los establecimientos y servicios referidos podrán brindar cuidados a personas mayores de edad aunque no hayan cumplido los 65 años, siempre que su estado social o psico-físico lo justifique. Quedan excluidos de esta posibilidad las personas con trastornos psiquiátricos severos o con consumo problemático de drogas y/o alcohol”.

El programa está dirigido a personas residentes de ELEPEM que por clausura del mismo deban ser realojadas, siempre que no cuenten con otras posibilidades. Para ello se realiza una evaluación de la situación de cada residente haciendo foco en los recursos económicos, existencia o no de referentes y/o familiares, valoración sanitaria, así como de acceso a otros programas que le puedan corresponder.

La persona usuaria o su representante deberá firmar una cesión de derechos de cobro del subsidio en favor del establecimiento de destino.

- Niveles de utilización y cobertura (desde 2015)

El programa inició su implementación en 2022 con el registro de instituciones interesadas en prestar servicios de cuidados residenciales a través del programa. A diciembre de 2022 se contaba con 28 ELEPEM con contrato vigente y en diciembre de 2023 se alcanzó a 38 ELEPEM.

En 2022 se concretó el cierre definitivo de siete ELEPEM. Ello implicó el ingreso de 35 personas al programa que se realojaron en catorce ELEPEM, todas instituciones de Montevideo. (SNIC, 2023)

En 2023 se efectivizaron siete cierres en Montevideo, Canelones, Florida y Durazno. Ello implicó el ingreso de 24 personas al programa que fueron realojadas en nueve centros. Al cierre de 2023, el programa cubría a 44 personas. La mitad entre los 70 y 90 años, la cuarta parte menor de 65 años de edad, y el 54,5% eran mujeres.

- Presupuesto (desde 2015)

El presupuesto ejecutado en 2022 fue 10 millones de pesos y en 2023 fue 20 millones. (SNIC (2023 y 2024)

- Calidad de los servicios

- Mecanismos para asegurar la calidad: determinación de estándares, formación de RRHH, supervisión.
- Resultados en la calidad

El documento de diseño del programa (MIDES, 2022c) plantea que aún no está prevista la evaluación del programa, si bien se sugiere realizar algún estudio cualitativo sobre su implementación y los procesos que atraviesan los usuarios. Los referentes de evaluación y monitoreo son: DINTAD en conjunto con SNCyD e INMAYORES.

Se prevé una “Matriz básica de monitoreo” que incluye:

- ✓ indicadores de contexto: cantidad de ELEPEM por departamento, cantidad de personas en ELEPEM que cierran.
- ✓ indicadores de recursos: humanos y financieros asignados al programa;
- ✓ indicadores de productos y resultados: cantidad de personas realojadas y proporción de personas realojadas en relación a la población elegible.

3.2.5. Servicios de Inserción Familiar (SIF)

Los Servicios de Inserción Familiar están regulados por la Ley 17.066, y son alcanzados por lo dispuesto en el artículo 518 de la Ley 19.355, pero fueron excluidos de la reglamentación dada por el Decreto 356/016, en virtud de que serían objeto de una reglamentación específica.

Esto se debió a que, desde la Secretaría de Cuidados se aspiraba integrar una figura similar en el catalogo de servicios de cuidados, finalmente consagrada por Decreto 427/016 como "Casas comunitarias de personas en situación de dependencia leve o moderada" que subsumiera a los SIF, y cuya reglamentación se construiría posteriormente. En virtud de ello, se pretendió evitar una superposición normativa con los conflictos interpretativos que ello podría acarrear.

En los hechos, esa reglamentación nunca se dictó, pese a haberse planteado la necesidad en múltiples oportunidades, como ser en oportunidad de constituirse la comisión de regulación y la comisión de dependencia.

En la actualidad, los SIF se encuentran regulados únicamente por el artículo 6° de la Ley 17.066 que dispone:

"De los servicios de inserción familiar. Los "servicios de inserción familiar" para adultos mayores son los ofrecidos por un grupo familiar que alberga en su vivienda a personas mayores autoválidas, en número no superior a tres, no incluyendo aquéllas a quienes se deben obligaciones alimentarias (artículos 118 a 120 del Código Civil).

Para brindar este servicio las familias deberán operar como núcleo familiar continente, estar dotadas de sólidas condiciones morales y estabilidad, procurando el desarrollo de la vida del adulto mayor con salud y bienestar".

En consecuencia, conforme la normativa vigente, los Servicios de Inserción Familiar son aquellos que:

a) se brindan en el domicilio particular de un núcleo familiar. En caso de no ser el domicilio particular, independientemente de que cumplan con los restantes criterios, debe ser considerado un residencial.

b) que se presta a un número máximo de tres personas mayores, no incluyendo a quienes se deben obligaciones alimentarias. Estas obligaciones se deben entre ascendientes y descendientes, por lo que no configurarían usuarios de SIF madres/padres, suegros/as, abuelos/as, bisabuelos/as y así. Por el contrario, si se trata de tías/os, primos, u otros parientes no contemplados en los artículos 118 a 120 del CC deben contabilizarse.

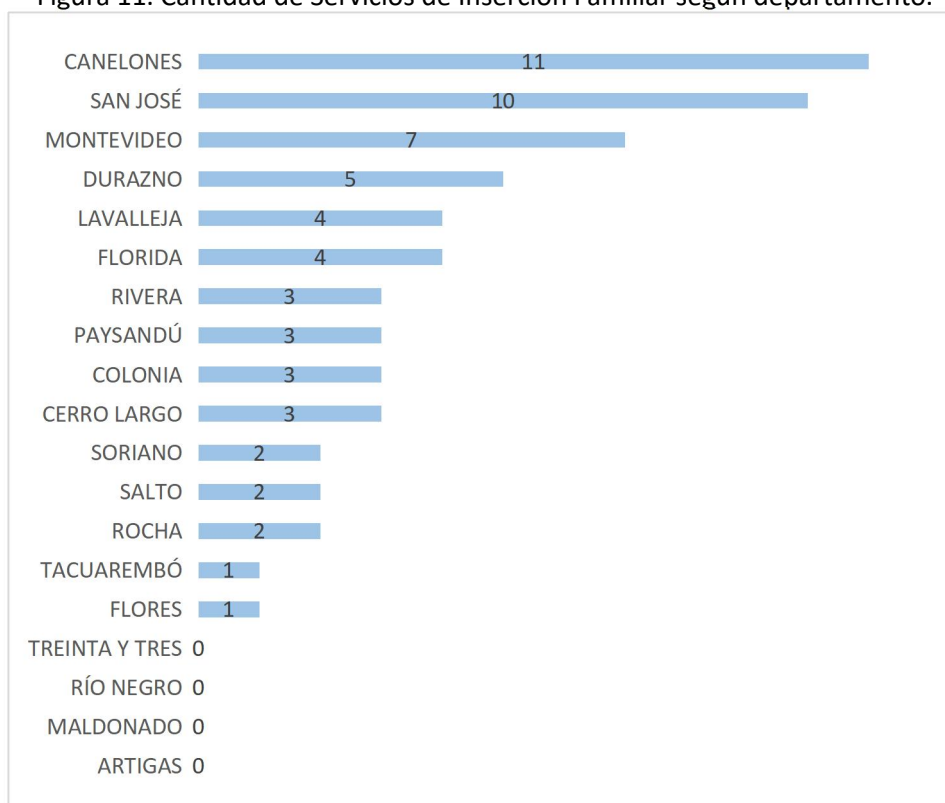
c) deben ser autoválidos. En caso de encontrarse alguno de las personas usuarias del servicio, en situación de dependencia, debe ser considerado un residencial independientemente de que cumplan con los restantes criterios. Para determinar este factor, en consenso con el MSP, se toma en cuenta el mismo criterio que a los efectos de determinar el ratio de cuidadores, es decir, se considera autoválido, a los efectos de esta disposición, a las personas que tengan un índice de barthel superior a 40¹² (ordenanza N° 1032/2019 del Ministerio de Salud Pública).

- Niveles de utilización y cobertura (desde 2015)

Según los registros de INMAYORES, existen 61 Servicios de Inserción Familiar que se distribuyen en 15 departamentos, aunque la mitad se ubican en el área metropolitana (Montevideo, Canelones y San José).

¹² Ello es equivalente a una dependencia moderada o leve.

Figura 11. Cantidad de Servicios de Inserción Familiar según departamento.



Fuente: información proporcionada por INMAYORES.

No se dispone de información sobre la cantidad de personas cubiertas por el servicio, pero si cada uno puede albergar hasta tres personas, no debería superar los 180 adultos mayores.

- Presupuesto (desde 2015)

No se dispone de información presupuestal, ni sobre el costo del servicio. Según la información provista por INMAYORES: “al ser servicios privados y no existir a la fecha concertaciones de cupos en SIF en el marco de algún programa o servicio del estado, no tienen un costo arancelado ni es objeto de control el precio”.

3.3. Servicios de cuidados para personas mayores en situación de dependencia ofrecidos por otros organismos que no son parte del presupuesto del SNIC: Soluciones habitacionales del BPS: “Cupo cama”.

El “cupo cama” es un subsidio que se le adjudica a un adulto mayor inscripto en el Programa de Soluciones Habitacionales con el fin de pagar los servicios de un hogar o residencia. Los adultos mayores que acceden al programa ya son beneficiarios de una vivienda social del BPS y se les adjudica este beneficio cuando pierden su autovalidez y no pueden seguir viviendo solos.

El objetivo general del programa Soluciones Habitacionales en el que se inscribe el Cupo Cama, es brindar una solución habitacional, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de jubilados y pensionistas del Banco de Previsión Social.

- Reglas de elegibilidad y focalización

Para acceder a las soluciones habitacionales del BPS deben ser: Jubilados y pensionistas por sobrevivencia de BPS con residencia permanente en el país, e ingresos nominales inferiores a las 12 UR (\$ 20.696,28)¹³. Para la modalidad de cupo cama, la Gerencia de Servicios Sociales en base a los estudios técnicos debe determinar la no autovalidez del beneficiario.

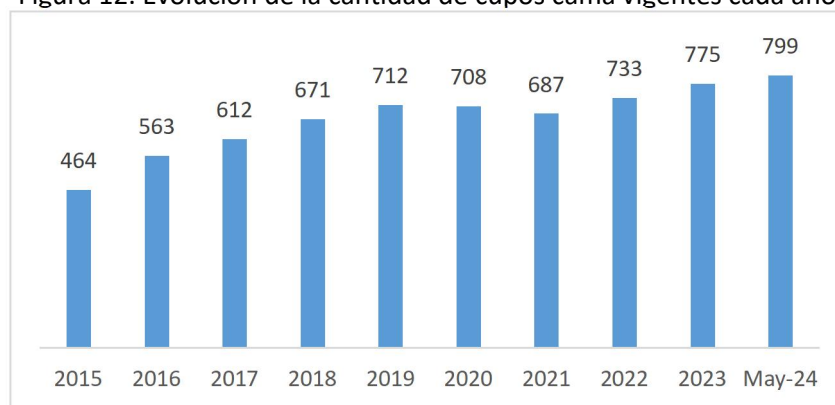
Quedan excluidos de esta prestación quienes son:

- pensionista a la vejez e invalidez de BPS,
- propietarios, copropietarios, usufructuarios, titulares de derecho de uso y habitación, promitentes compradores o titulares de otros programas de vivienda públicos o privados,

- Niveles de utilización y cobertura (desde 2015)

El beneficio que se inicia con 30 cupos en 2008 ha ido siempre en ascenso, llegando a los 800 cupos en 2024, equivalente al 0,1% de las personas mayores de 60 años con algún nivel de dependencia.

Figura 12. Evolución de la cantidad de cupos cama vigentes cada año.



Fuente: Boletín Estadístico 2024 del BPS e información brindada por Prestaciones Sociales.

Según la información brindada por Prestaciones Sociales del BPS, en mayo de 2024 habían 320 en Montevideo y 479 en el Interior.

¹³ En las localidades de Cardona, Fray Bentos y Treinta y Tres este tope asciende a 14UR (\$ 24.145,66).

Las instituciones que prestan el servicio al programa cupo cama actualmente son 68 Hogares y 14 Residenciales.

- Presupuesto (desde 2015)

No se dispone de información sobre el presupuesto asignado a este beneficio, ni el monto del gasto anual. Sólo se dispone del dato de cuánto vale el cupo cama: \$ 43.742 en mayo 2024 (se ajusta semestralmente). Pero dicho monto se abona con el 70% de la pasividad del beneficiario y el complemento lo cubre el programa.

3.4. Servicios de cuidados para personas mayores en situación de dependencia ofrecidos por el sector privado.

3.4.1. Establecimientos de Larga Estadía (ELEPEM)

- Regulación y normativa

El Decreto 356/016 establece la incorporación de los Establecimientos de Larga Estadía (ELEPEM) al Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) y las competencias del Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) en su regulación, habilitación y fiscalización.

Al Ministerio de Salud Pública le compete regular, habilitar y fiscalizar, según criterios geriátricos-gerontológicos, a los establecimientos que brinden cuidados a personas mayores, así como evaluar el cumplimiento de las condiciones sanitarias exigibles de acuerdo a la Ley N° 17.066 de 24 de diciembre de 1998 y el Decreto 356/016.

En el MIDES es el Instituto Nacional de las Personas Mayores (Inmayores) quien actúa como organismo especializado y rector en materia de políticas públicas sobre envejecimiento y vejez, y tiene entre sus cometidos, la regulación social de los ELEPEM. En este marco, se desarrollan diversas acciones que llevan a promover el bienestar, así como brindar mayores garantías para el cumplimiento de los derechos hacia las personas mayores residentes en ELEPEM, algunas de ellas son:

- Fiscalización desde una perspectiva de protección de derechos humanos. Esta competencia es compartida con el Ministerio de Salud Pública (MSP) y se realiza desde un enfoque socio sanitario.
- Intervenir en los procesos de habilitación de establecimientos, denuncias y su seguimiento.
- Difundir información sobre aspectos normativos, de protección de derechos y de gestión que enmarcan a los establecimientos.

El INMAYORES emite el Certificado Social a los ELEPEM. Por su parte, la Secretaría Nacional de Cuidados tiene la responsabilidad de validar las competencias de las personas que trabajan en los establecimientos, regular, establecer criterios de calidad e inscribir a los establecimientos en el Registro Nacional de Cuidados (Art.6 Decreto 356/016).

El proceso de habilitación constará de tres etapas: a) certificado de registro, b) certificado social emitido por el Ministerio de Desarrollo Social y c) constancia de habilitación final. La habilitación tiene una vigencia de cinco años, siempre que se mantengan incambiadas las

condiciones en base a las cuales fue concedida, y podrá ser renovada. (Arts.7 y 16 Decreto 356/016)

En el momento de la postulación para la habilitación del centro se debe presentar un Proyecto de Centro¹⁴ donde se define la planificación estratégica del establecimiento y la presencia de un Profesional del Area Social. Dicho profesional debe articular con la dirección del centro y sus funcionarios para desarrollar las acciones que pongan en el centro a la persona, que faciliten el vínculo de los usuarios y sus familias con el centro y promuevan la inserción en la comunidad e instancias de participación. (Arts.29-31 y 34-35 Decreto 356/016)

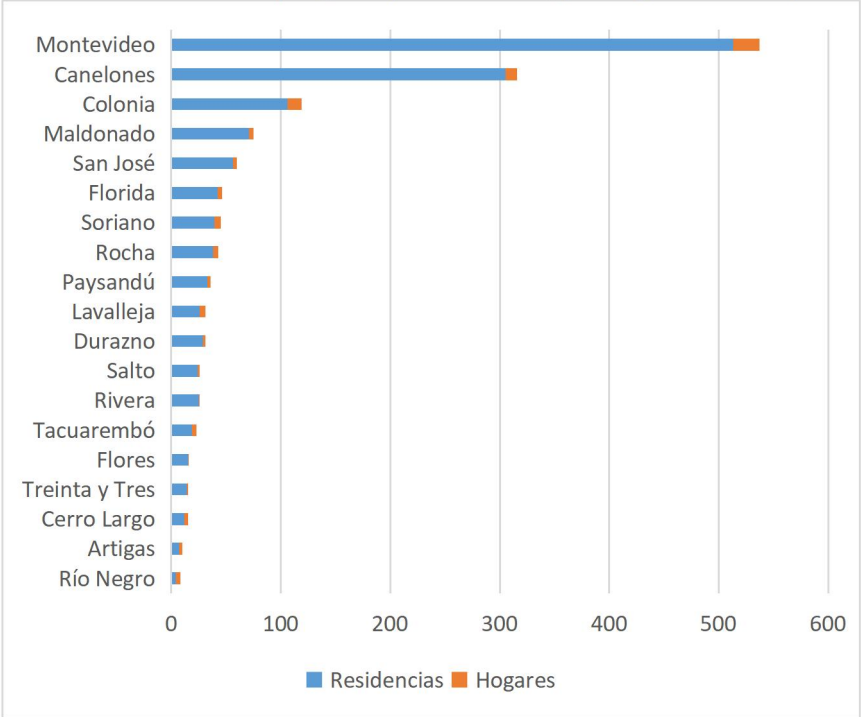
Los ELEPEM se clasifican, según sean con o sin fines de lucro, en Residencias y Hogares respectivamente; brindando en forma permanente o transitoria cuidados a personas mayores ofreciendo además de vivienda, alimentación, actividades y servicios. Se consideran establecimientos sin fines de lucro aquellos cuyos titulares sean asociaciones civiles o fundaciones debidamente constituidas.

- Características

Al 1 de marzo de 2024 había 1481 ELEPEM, de los cuales 100 eran hogares sin fines de lucro y el resto residencias privadas con fines de lucro. Se ubican principalmente en Montevideo (537), Canelones (316) y Colonia (119). Los departamentos con menor cantidad de ELEPEM son: Río Negro (8), Artigas (10), Cerro Largo (15) y Treinta y Tres (15).

¹⁴ Todo proyecto de centro debe contener los siguientes elementos: A) Descripción del centro; B) Objetivos generales; C) Objetivos específicos; D) Acciones; E) Cronograma; F) Indicadores de cumplimiento. G) Modelo de contrato y de consentimiento informado H) Declaración jurada de la condición de los residentes en caso de corresponder, según lo establecido en lo relativo a la ficha de usuario. Todos los usuarios del establecimiento deben ser considerados a los efectos del diseño del proyecto.

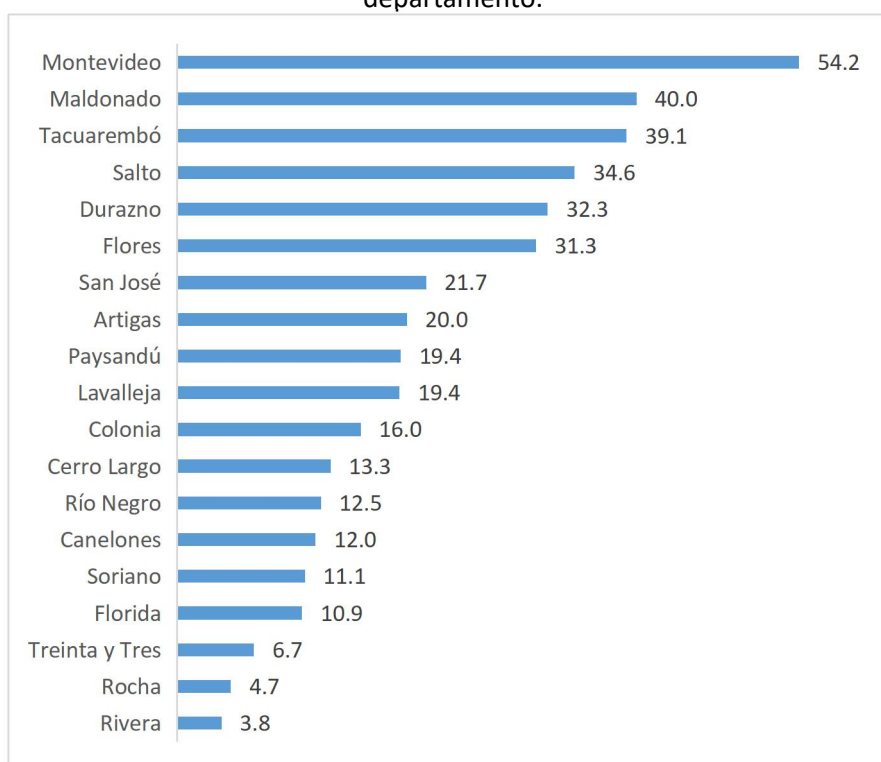
Figura 13. Número de ELEPEM (Hogares y Residencias) por departamento (Marzo 2024).



Fuente: SNIC (2024).

El 20% de los establecimientos cuentan con Certificado Social vigente y 10% lo está tramitando. Montevideo es el único departamento con más de la mitad de establecimientos certificados o en vías de hacerlo. Le siguen Maldonado y Tacuarembó con 40%, y luego Salto, Durazno y Flores con entorno al 30-35%. Los departamentos con proporciones más bajas son: Treinta y Tres, Rocha y Rivera (entre 4 y 7%).

Figura 14. Proporción de ELEPEM con certificado social vigente o en trámite, por departamento.



Fuente: elaboración propia en base a SNIC (2024).

Durante 2023 se realizaron 407 fiscalizaciones, lo que representa un 27,5% del total de establecimientos. Los departamentos de Artigas, Tacuarembó, Paysandú y Salto son los que tuvieron la mayor proporción del total (entre 80 y 100%).

Tabla 15. Número de fiscalizaciones y proporción sobre el total de establecimientos, por departamento (2023).

Departamentos	Fiscalizaciones	ELEPEM	Fiscalizaciones /Total (%)
Artigas	10	10	100,0
Tacuarembó	22	23	95,7
Paysandú	34	36	94,4
Salto	23	28	82,1
Río Negro	4	8	50,0
Montevideo	184	537	34,3
Durazno	9	31	29,0
San José	14	60	23,3
Rivera	6	26	23,1
Maldonado	17	76	22,4
Rocha	9	43	20,9
Canelones	58	316	18,4
Florida	8	46	17,4
Soriano	5	45	11,1
Colonia	4	119	3,4
Cerro Largo	0	15	0,0
Flores	0	16	0,0
Lavalleja	0	31	0,0
Treinta y Tres	0	15	0,0
Total	407	1481	27,5

Fuente: elaboración propia en base a SNIC (2024).

Por último, se dispone de información sobre la cantidad de recursos humanos por departamento, desagregando los que se consideran cuidadores del total. Hay 10.926 personas trabajando en estos establecimientos de larga estadía. De ellos, el 59,7% son cuidadoras. Hay departamentos donde esa proporción es superior al 70%: Treinta y Tres, Tacuarembó, Flores, Lavalleja, Salto y Canelones. En los departamentos donde esa proporción es más baja es cercana al 50%: Rocha (51,1%), Montevideo (51,9%) y Colonia (54,7%).

Tabla 16. Cantidad y proporción de cuidadoras en relación al total de recursos humanos, por departamento. (Marzo 2024)

Departamentos	Cuidadoras	Total	Cuidadoras (%)
Artigas	68	98	69,4
Canelones	1193	1688	70,7
Cerro Largo	106	155	68,4
Colonia	392	717	54,7
Durazno	129	199	64,8
Flores	89	122	73,0
Florida	153	241	63,5
Lavalleja	130	181	71,8
Maldonado	321	539	59,6
Montevideo	2537	4885	51,9
Paysandú	218	318	68,6
Rio Negro	79	115	68,7
Rivera	129	187	69,0
Rocha	116	227	51,1
Salto	176	248	71,0
San José	277	400	69,3
Soriano	198	314	63,1
Tacuarembó	142	193	73,6
Treinta y Tres	73	99	73,7
Total	6526	10926	59,7

Fuente: elaboración propia en base a SNIC (2024).

3.5. Principales desafíos para cubrir la brecha de servicios de cuidados para personas mayores

En términos generales, el principal desafío es la **cobertura muy limitada** de los servicios existentes (Centros de Día, Teleasistencia, Asistentes Personales). Dado que la población adulta mayor va en aumento si no se invierten más recursos la situación será cada vez peor.

Ello implica **mejorar el sistema de financiamiento**: ello puede implicar crear un fondo para dar sostenibilidad al sistema que recaude como el Fondo de Reversión laboral con un porcentaje muy pequeño de los ingresos personales, y/o incorporando un seguro social entre quienes tienen capacidad de pago (esta propuesta está en el informe de OPP 2020).

A su vez, hay limitaciones en el **alcance territorial** de los servicios porque en algunos casos como los Centros de Día aún hay muy pocos y en el caso del programa de Asistentes Personales puede haber localidades o zonas rurales a las cuales el servicio no llega por falta de personas formadas.

Aún hay limitaciones para disponer de **información integrada del sistema**. Ello debería resolverse a través del Sistema de Información Integrada del Área Social (SIAS).

CENTROS DE DIA

- **Respecto al acceso al servicio:** garantizar el traslado en todos los centros. Desde el año 2022 se incluyó en el presupuesto el rubro transporte, permitiendo mejorar la accesibilidad del servicio. Actualmente gran parte de las personas usuarias de centros de día tienen la posibilidad de ser trasladadas ida y vuelta al centro, algunos días a la semana (Memoria 2023).
- **Indicadores de calidad:** En el marco del despliegue actual, e incluso de cara a un incremento a futuro, se hace fundamental la generación de indicadores objetivos de monitoreo de la calidad del servicio.
- Falta generar una **normativa para que estos servicios se expandan en el mercado privado-social:** para ello es central la definición de competencias de habilitación y supervisión entre las autoridades sociales y sanitarias.
- Hay en curso una **evaluación del programa** que está realizando la **DINTAD** (estaría disponible en 2024) Abarca (i) satisfacción de las personas usuarias y sus familias; (ii) perfil de las personas usuarias; y (iii) gestión y calidad del servicio.

TELEASISTENCIA

- Se entiende necesario **seguir construyendo la demanda sobre el servicio**, dado que es ampliamente aceptado y muy positivamente valorado una vez que las personas lo usan. La ampliación en la cobertura no sólo implica aumentar el acceso progresivo por edad, para que más personas puedan postular al servicio. También implica reconsiderar el servicio para otros niveles de dependencia, o por su factor protector, para las personas que no se encuentran en situación de dependencia, pero que tienen un mayor riesgo de accidentes en domicilio, por ejemplo, las personas mayores o personas con discapacidad. También para quienes atraviesan dependencias transitorias, o quienes se encuentran en tratamientos o en procesos de recuperación de accidentes o intervenciones quirúrgicas.
- **Barreras para su uso:** dado que no se exige el uso de dispositivos accesibles, para algunas personas, las barreras actuales de uso pueden estar determinadas por el modo de activación; para otras el problema puede presentarse frente al modo de comunicación del centro de atención para relevar la emergencia; en tanto otras, enfrentan obstáculos a la hora de comunicar oralmente, su emergencia al centro.

- También se podrían **agregar funcionalidades** para hacer más atractivo su contratación como cobertura fuera del hogar, realizar recordatorios, promover rutinas y hábitos saludables, realizar acompañamiento y contención, y como modo de respiro que brinda seguridad y tranquilidad a cuidadores principales, respuesta a domicilio con guarda de llaves.

ASISTENTES PERSONALES

- En base a la experiencia internacional, uno de los desafíos para **extender el tiempo de atención** sería combinar este servicio con centros de día u otra forma de atención comunitaria que permita cubrir más personas.
- **Fidelizar el servicio** para lograr que quienes puedan copagar se mantengan en el sistema.
- Avanzar en la expansión de la **modalidad cooperativa o colectiva de provisión del servicio**.
- Aún quedan 900 AP en régimen de excepción y 180 tienen habilitación parcial. Ello se debe a que los usuarios cumplen alguna de las siguientes condiciones:
 - Residen en localidades pequeñas donde no hay cuidadoras/es habilitadas/os disponibles.
 - Son menores de 15 años, concurren a un centro educativo y solicitan ser cuidados por una persona que no cuenta con la formación exigida por el SNIC, pero resulta de confianza de la familia.
- En la modalidad individual, avanzar en una **estrategia de acompañamiento y supervisión del programa** para lo cual es importante diseñar procedimientos para el seguimiento de la tarea y de las diferentes dimensiones asociadas, de cara al monitoreo del cumplimiento de las tareas, así como de las condiciones establecidas en la prestación. Adicionalmente, el diseño de Protocolos de registro que sirvan como insumo para el seguimiento y supervisión.
- Otro tema es fortalecer la formación de las AP a través de un **programa de Formación Permanente**. Algunas de las temáticas identificadas son: ciclo de vida (infancias, adolescencias, adulteces y vejez), atención centrada en las personas, derechos laborales, asistentes personales en ámbitos educativos y discapacidad.
- Uno de los mecanismos que está en vías de implementarse para mejorar la comunicación de las AP con la SNCyD y para facilitar información para que las familias puedan seleccionar AP es la **plataforma digital de apoyo a los cuidados en domicilio**, cuya finalidad es mejorar la calidad del servicio.
- Por último, en la Comisión de Regulación en 2023 se presentó el **protocolo de denuncias**, su implementación, sus principales objetivos y sus implicancias para cada uno de los actores involucrados. Habrá que evaluar los avances en su implementación.

PROGRAMA DE APOYO AL CUIDADO PERMANENTE (PACP)

- En la reunión con los técnicos de la Dirección de Cuidados, BPS, INMAYORES y MSP se planteó la duda respecto a que el programa paga un monto que cubre toda la internación en el ELEPEM a pesar que la persona usuaria realizaba un pago en el servicio que se cierra. Se propuso la posibilidad de que al igual que en el “cupa cama” el Estado pague la diferencia entre lo que el usuario venía pagando y el costo adicional que genere el traslado a un servicio de mejor calidad.

SERVICIOS DE INSERCIÓN FAMILIAR (SIF)

- Estos servicios presentan varios desafíos:
 - o Mejorar su regulación y fiscalización
 - o Contar con más información sobre los usuarios que atiende y el costo del servicio.

4. Revisión de mejores prácticas a nivel internacional.

Este capítulo tiene como propósito revisar y analizar las experiencias internacionales de programas y servicios destinados al cuidado de personas mayores en situación de dependencia, con especial interés en identificar aquellas prácticas que podrían fortalecer el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) de Uruguay. A partir de la recopilación de enfoques destacados, se pretende extraer lineamientos que prioricen un modelo de cuidados centrado en la persona y que fomenten la integración y coordinación interinstitucional en la provisión de servicios.

El análisis utiliza como base estudios e informes sobre los sistemas de cuidado en países como España (particularmente en las regiones de Madrid y el País Vasco), Escocia, Francia, Alemania, Italia, Suecia y los Países Bajos, y se apoya en las publicaciones de especialistas en los temas de calidad de los servicios de cuidado. Estas fuentes ofrecen un marco teórico y práctico que permite comprender la regulación, el financiamiento y los estándares de calidad en sistemas de cuidado centrados en la persona, además de considerar la importancia de la formación de cuidadores y la cooperación interinstitucional.

4.1. Dimensiones identificadas en función de los desafíos planteados

Uno de los ejes principales es la **coordinación interinstitucional**, donde se destacan países con servicios sociales y de salud que funcionan de manera integrada. Este tipo de coordinación permite adaptar rápidamente los servicios a las necesidades cambiantes de las personas adultas mayores y facilita un enfoque de atención continua. En términos de **calidad y regulación**, se observa cómo los países implementan estándares rigurosos para el seguimiento del servicio, a menudo combinando certificaciones y evaluaciones periódicas, lo cual asegura que los cuidados proporcionados cumplan con ciertos niveles de calidad y promuevan la transparencia para los usuarios y sus familias.

Otra dimensión crucial es la del **financiamiento y el copago**, que se analiza en función de cómo algunos sistemas de cuidado combinan fondos públicos y aportes de los usuarios, ajustándose a sus niveles de ingreso y al grado de dependencia. A su vez, el informe aborda el **apoyo a cuidadores no profesionales y familiares** como un pilar fundamental de los sistemas de

cuidado, explorando las políticas que ofrecen tanto soporte financiero como asistencia psicológica y capacitación continua para quienes asumen la tarea de cuidar. En cuanto a los **modelos de vivienda**, se presentan innovaciones en alojamientos asistidos y colaborativos, que buscan no solo ofrecer un entorno seguro sino también preservar la autonomía y calidad de vida de las personas mayores al permitirles permanecer en sus hogares o en comunidades integradas.

Por último, la **teleasistencia y las tecnologías de apoyo** emergen como recursos clave para extender la autonomía de las personas mayores en sus domicilios. Países como España y Suecia han implementado servicios de teleasistencia que no solo cubren emergencias, sino que también permiten un seguimiento continuo de las necesidades de los usuarios y fortalecen su conexión con familiares y redes de apoyo.

A continuación, se desarrollan las experiencias internacionales de interés para este estudio, a la luz de las dimensiones identificadas.

4.2. 3.2 Análisis de los sistemas identificados a la luz de las mejores prácticas con enfoque de cuidados centrado en la persona.

4.2.1. 3.2.1 Respecto a la coordinación interinstitucional

Se destacan dispositivos que integran dentro de un mismo lugar diversidad de herramientas y recursos de cuidado, que mejoran la eficiencia y la utilización de los recursos humanos y materiales. También permite una atención de carácter multidisciplinar.

El informe sobre la misión SNIC destaca la integración y coordinación de los servicios en España, particularmente en Madrid y el País Vasco. Un ejemplo claro es ASISPA, una asociación sin ánimo de lucro que gestiona múltiples servicios integrales, desde ayuda a domicilio hasta centros de día, residencias y viviendas tuteladas. ASISPA opera a través de convenios con las administraciones públicas, lo que le permite ofrecer una variedad de servicios que atienden tanto las necesidades básicas de cuidados como el bienestar general de las personas en situación de dependencia.

Otro ejemplo se identifica en Madrid, donde varios servicios coexisten en un mismo predio, gestionados por un único proveedor. A modo de ejemplo, los centros de día comparten espacio con residencias y viviendas tuteladas, lo que facilita la transición de los usuarios entre diferentes niveles de atención según su grado de dependencia. Este enfoque fortalece la atención al permitir que las personas se mantengan en un entorno familiar y conocido a medida que cambian sus necesidades.

La integración de los servicios permite, por ejemplo, que los servicios sociales tengan acceso a la historia clínica digital de los usuarios, lo que genera una respuesta más coherente debido a la coordinación entre el sistema sanitario y los servicios de atención a la dependencia. Asimismo, esta interacción facilita que los profesionales sanitarios recomienden y deriven a los usuarios a servicios sociales específicos, como centros de día, teleasistencia o servicios de larga estadia. También permite ajustar los servicios a las necesidades cambiantes de las personas a lo largo del tiempo.

El **traslado** es otro elemento central en la integración de los servicios. En el caso de los centros de día se proporciona un servicio de transporte adaptado a las necesidades de las personas usuarias, lo que permite una mayor flexibilidad en los horarios y garantiza que puedan acceder

diariamente al centro. Este servicio facilita la asistencia diaria a los centros, especialmente a las personas con dependencia severa, mejorando su autonomía y participación en actividades diarias.

El modelo de ASISPA también incluye un sistema de apoyo domiciliario donde la carga horaria de atención se adapta a las necesidades individuales de los usuarios. Este servicio está gestionado por empresas u organizaciones sin fines de lucro. Las empresas proveedoras organizan la supervisión mediante coordinadores que visitan a las personas usuarias al menos una vez al año, y en casos más complejos, cada seis meses. Utilizan herramientas tecnológicas, como los códigos QR que marcan la entrada y salida de los trabajadores en los domicilios, optimizando la gestión y el seguimiento del servicio.

Por otra parte, en Escocia se ofrecen tanto servicios residenciales como de apoyo en el domicilio a las personas valoradas como dependientes por las autoridades locales. Dentro de la categoría de la asistencia domiciliaria se incluyen también otras actividades o tareas que pueden ser contempladas en la atención, como equipamientos y ayudas técnicas, apoyo socioeducativo y recreativo, servicios de respiro, comidas a domicilio y apoyo para la vida independiente. (Zalakain, 2022).

4.2.2. Respecto a la calidad de los servicios y su seguimiento

En relación a la gestión de la calidad de los servicios de atención a personas en situación de dependencia, diferentes países han desarrollado modelos específicos que combinan la regulación, la evaluación y la publicación de resultados, con el fin de asegurar una atención que no solo cumpla con los estándares mínimos, sino que también promueva la mejora continua.

En Europa y Estados Unidos, los sistemas de regulación y gestión de la calidad se estructuran a partir de varios enfoques. Uno de ellos es el **enfoque profesionalista**, como el de Alemania, donde las asociaciones profesionales juegan un rol esencial en la definición y monitoreo de estándares de calidad. Este modelo se diferencia de otros, como el enfoque basado en **inspecciones regulares y exigencias normativas** (que se observa en países como Francia y España), donde los sistemas están diseñados para asegurar el cumplimiento a través de controles periódicos. Por último, el **enfoque orientado a resultados**, que es prominente en el Reino Unido, evalúa la efectividad de los servicios mediante indicadores y la publicación de datos, permitiendo a los usuarios conocer el desempeño de los centros y elegir entre diferentes opciones. (Leturia, Zalakain, Mendieta & Carcadilla, 2019).

Un componente central de estos sistemas es el establecimiento de **estándares mínimos de calidad** que los centros deben cumplir para operar. Estos estándares, junto con los requisitos de autorización administrativa, aseguran que los centros tengan las instalaciones adecuadas, personal cualificado y un enfoque estructurado para brindar atención. En países como Francia y el Reino Unido, la supervisión incluye no solo la autorización inicial, sino también inspecciones regulares, a menudo sin previo aviso, para monitorear el cumplimiento de estos requisitos. Además, la **certificación y estandarización mediante guías de buenas prácticas** es común y a veces voluntaria. (Leturia y otros, 2019).

En cuanto a la **evaluación y publicación de resultados**, algunos países van más allá de la inspección inicial. En el Reino Unido, por ejemplo, la **Care Quality Commission (CQC)** no solo autoriza y certifica, sino que también publica calificaciones de los centros que resultan accesibles al público. Esto fomenta la transparencia y permite a los usuarios y sus familias elegir proveedores con base en datos de calidad. Alemania también emplea un sistema de evaluación de resultados que permite una comparación de servicios, no solo por su infraestructura, sino también por el impacto que tienen en la calidad de vida de los usuarios. Este tipo de evaluación proporciona una perspectiva más completa, enfocándose en los resultados de la atención y en la satisfacción de los usuarios. (Leturia y otros, 2019).

Sin embargo, los modelos de calidad presentan desafíos. Un ejemplo es el ámbito de la **atención a domicilio**, que ha sido históricamente menos visible y menos supervisado en comparación con los entornos institucionales. El desarrollo de sistemas de calidad adaptados a este contexto es aún limitado en algunos países, aunque existe un crecimiento sostenido de servicios domiciliarios que hace necesario implementar herramientas de evaluación específicas. Además, la **cualificación del personal** es necesaria para garantizar la calidad. En países como Alemania, el personal cuenta con formación continua y soporte organizacional, lo que asegura un mejor servicio y mayores niveles de satisfacción y seguridad para los usuarios. (Leturia y otros, 2019).

Finalmente, la **certificación externa** y el uso de estándares de calidad son prácticas comunes en varios sistemas, como el alemán, que promueve la acreditación externa y un enfoque profesional de mejora continua. La **Red de Trabajo para la Mejora de la Calidad de los Cuidados** en Alemania, por ejemplo, ofrece certificaciones a las entidades que cumplen con los estándares establecidos, ayudando a mantener un nivel uniforme de calidad en los servicios. En Portugal, el Instituto de Seguridad Social establece manuales de evaluación que abordan temas como el liderazgo, la planificación y la gestión de recursos, lo cual es fundamental para el desarrollo de un enfoque integral de calidad en la atención. (Leturia y otros, 2019)

4.2.3. Respecto al financiamiento: experiencias internacionales sobre copago de servicios.

El financiamiento de los servicios de cuidado a la dependencia varía entre los países europeos, combinando recursos públicos, seguros sociales y aportes de los propios usuarios. A pesar de las diferencias en su organización, la mayoría de estos sistemas requieren algún tipo de copago para cubrir ciertos costos, especialmente los relacionados con el cuidado residencial.

A continuación, se presenta una tabla comparativa que detalla cómo se financian estos servicios en diversos países, resaltando los mecanismos de cobertura, las prestaciones disponibles y los copagos asociados.

País	Sistema de Financiamiento	Prestación/Servicios	Copago
Alemania	Seguro de dependencia obligatorio, financiado por cotizaciones sociales	Prestaciones económicas para servicios domiciliarios o residenciales	Copago obligatorio para cubrir alojamiento y manutención en centros residenciales; varía según nivel de dependencia
Francia	Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), financiado por fondos públicos	Servicios en el hogar y centros residenciales	Copago basado en nivel de dependencia e ingresos del usuario; costos de alojamiento en centros residenciales no completamente cubiertos
Países Bajos	Seguros de salud y sistemas municipales	Servicios domiciliarios y residenciales intensivos	Copago según ingresos y tipo de servicio, ajustado según la intensidad del cuidado
Italia	Sistema fragmentado con prestaciones regionales (Indennità di accompagnamento)	Servicios domiciliarios y residenciales	Copago determinado por criterios regionales; variaciones significativas entre regiones
Escocia	Fondos públicos con subsidios para ciertos servicios	Servicios de cuidado personal y doméstico, algunos completamente subvencionados	Copago ajustado según ingresos, especialmente en servicios domésticos y residenciales
Suecia	Financiamiento público local (ayuntamientos)	Atención domiciliaria y en centros	Copago determinado por los ayuntamientos; depende de ingresos y tipo de servicio
Noruega	Financiamiento mixto, incluyendo fondos municipales	Servicios residenciales y domiciliarios intensivos	Copago basado en ingresos, con exenciones para usuarios de bajos ingresos

Fuente: elaboración propia en base a Zalakain (2022).

En Alemania, el sistema de cuidados se articula mediante un seguro de dependencia, que se financia a través de cotizaciones sociales obligatorias. Los usuarios pueden optar por una prestación económica que se destina a cubrir servicios de asistencia domiciliaria o residencial. Sin embargo, estas prestaciones no cubren todos los costos, particularmente los relacionados con alojamiento y manutención en centros residenciales, los cuales deben ser cubiertos por los usuarios a través de un sistema de copago. Este copago varía según el nivel de dependencia del usuario y la naturaleza de los servicios requeridos.

En Francia, los servicios de atención a la dependencia se financian a través de la *allocation personnalisée d'autonomie* (APA). Este sistema permite que los beneficiarios reciban servicios tanto en el hogar como en centros residenciales. Similar al sistema alemán, el APA no cubre completamente los costos de los servicios, especialmente en lo que respecta a alojamiento y manutención en centros residenciales, lo cual es financiado en parte por los usuarios mediante un copago. El monto del copago depende del nivel de dependencia y de los ingresos del beneficiario.

En los Países Bajos, el sistema de cuidado a la dependencia se organiza a través de diferentes marcos legales, y los servicios pueden ser financiados por seguros de salud o a través de sistemas municipales. Los usuarios contribuyen al costo de los servicios mediante un copago, que varía en función de sus ingresos y del tipo de servicio requerido. En el caso de servicios residenciales intensivos, se requiere un copago que también puede variar según la intensidad del cuidado necesario y la situación económica del usuario.

Italia tiene un sistema fragmentado donde la principal prestación económica, la *indennità di accompagnamento*, se ofrece a las personas dependientes, pero no cubre completamente los costos de los servicios residenciales o domiciliarios, lo que implica la necesidad de un copago por parte de los usuarios. Los criterios para el copago varían según la región y los servicios específicos, con algunas regiones exigiendo contribuciones más altas que otras.

En Escocia, el acceso a servicios de dependencia también implica un copago, especialmente en lo que respecta a servicios domésticos y de cuidado personal. Aunque algunos servicios pueden estar completamente subvencionados, como los cuidados personales en la comunidad, otros servicios, como la atención doméstica o el alojamiento en centros residenciales, requieren un copago ajustado según los ingresos del usuario.

En Suecia, los servicios de atención domiciliaria y residencial suelen requerir un copago que varía según los ingresos y el tipo de servicio. Los ayuntamientos establecen los montos de copago, y estos se aplican tanto para los servicios de atención personal como para los servicios de asistencia doméstica.

Noruega también implementa un sistema de copago en sus servicios de cuidado a la dependencia. El copago está presente en los servicios residenciales y domiciliarios, con un ajuste basado en los ingresos del usuario. Los servicios más intensivos o aquellos que requieren atención especializada suelen tener copagos más altos, pero el sistema también contempla exenciones para personas con bajos ingresos.

Extensión de la cobertura: el copago para extender horario del servicio.

En los países nórdicos y en Alemania, las personas usuarias pueden optar por ampliar el tiempo de asistencia domiciliaria más allá de los servicios básicos que cubre el sistema público.

En Suecia, cada ayuntamiento establece el nivel de copago que los usuarios deben asumir en función de las horas adicionales de servicio que soliciten. Este copago se calcula en función de los ingresos del usuario y de los límites establecidos por la normativa nacional. El sistema permite que los usuarios extiendan el horario de los servicios de atención domiciliaria, tanto en cuidados personales como en asistencia doméstica, siempre y cuando estén dispuestos a cubrir el costo extra asociado (Zalakain, 2022).

En Alemania, existe la posibilidad de que los usuarios utilicen parte de su prestación económica para pagar servicios complementarios, como la extensión de los horarios de asistencia domiciliaria o el acceso a servicios adicionales como estancias de respiro en centros residenciales. (Zalakain, 2022).

4.2.4. Políticas dirigidas a las familias y las personas referentes de los cuidados

A continuación, se describen servicios de apoyo y prestaciones a familiares y otros referentes de cuidados de personas mayores identificadas en la experiencia internacional. Se encontraron principalmente experiencias vinculadas al cuidado de personas con dependencia.

Una de las políticas llevadas adelante es la prestación monetaria para las personas no profesionales que asumen el cuidado de personas que necesitan asistencia. En el caso de Alemania, esta prestación es una de las que se encuentra contemplada en el Seguro de Dependencia (ley que rige desde 1994) y en el caso de Holanda esto el paquete de servicios otorgados para la persona usuaria se define mediante la Ley de Atención Social. En el caso español y el francés también existe esta prestación, otorgada a familiares que ejerzan este rol o personas del entorno como servicio de apoyo domiciliario. En algunos casos no puede ser otorgada a cónyuges o personas que convivan en el hogar. En Suecia, se brinda a personas allegadas o familiares cuidadores, pero en condiciones similares al servicio profesional de asistencia domiciliaria. Este tipo de prestaciones, en general tienen un alcance reducido. En Dinamarca existe una política similar de prestación monetaria a cuidadores del entorno familiar, pero son de carácter temporal o excepcional y están dirigidas únicamente a personas que abandonan el mercado laboral para dedicarse a la tarea de cuidados (Zalakain, 2022).

Asimismo, en el trabajo de cuidados por parte de familiares o personas no profesionales en Alemania, a través del seguro público de dependencia, cuentan con la posibilidad de afiliarse a un seguro de pensión y de accidentes. En otros casos como en España, por ejemplo, a la hora de suscribir el convenio de prestación económica, la persona cuidadora no profesional incorpora derechos de protección social como jubilación.

Otras iniciativas de apoyo a familiares y referentes de cuidado son los servicios de atención psicológica y grupos de apoyo y acompañamiento. En el caso de España, se desarrollan centros de escucha que brindan un acompañamiento y orientación psicológica a personas que pasan por momentos de crisis y situaciones familiares difíciles. También cuenta con un grupo de familias de ayuda mutua y talleres de apoyo emocional. Alemania también lleva adelante grupos de autoayuda para cuidadores (profesionales y no profesionales) y para familiares. En general, los servicios de apoyo psicológico y grupos de contención se desarrollan a nivel local.

También existe el servicio de atención telefónica gratuita a personas cuidadoras. Este es un servicio atendido por profesionales, y en algunos casos por personas voluntarias supervisadas, y que pueden brindar apoyo social, psicológico y emocional. Una experiencia es la línea Jakiten

subvencionada por el Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco o la línea telefónica de la Cruz Roja también en este país.

Por último, otra acción vinculada a la familia y referentes de cuidado es la formación para cuidadores/as no profesionales. En este sentido, organizaciones desarrollan cursos bajo la validez de la entidad estatal correspondiente y otorgan formación en tareas de cuidado y ayuda asistencial.

A nivel estatal también se encuentran programas de apoyo principalmente desde los municipios y ayuntamientos. A modo de ejemplo, ayuntamientos del País Vasco desarrollan talleres o actividades de formación para cuidadores (principalmente familiares) en cuanto a la adaptación del entorno, las actividades de asistencia en la vida diaria (Gobierno Vasco, 2021).

Dentro de las distintas experiencias vinculadas al rol de las familias en los programas y servicios para adultos mayores, se destaca también acciones de involucramiento de la familia o principales cuidadores en la toma de decisiones.

Un ejemplo son los centros de día en España donde periódicamente se envía un informe a las familias de las personas usuarias. Asimismo, se realiza un plan de atención personal que es evaluado y revisado por las personas usuarias y sus familias en el cometido de definir la motivación e intereses, la historia de vida y capacidades actuales. La familia cumple aquí un rol importante en favorecer la integración de la persona usuaria al centro (SNIC, 2018).

4.2.5. Atención residencial: Modelos alternativos de vivienda y nuevos modelos de vivienda

a) Características comunes en los distintos modelos.

En distintos países, principalmente en Europa, se ha notado un creciente desarrollo de viviendas residenciales alejadas del modelo tradicional, que se ubican entre la modalidad de atención residencial y la atención domiciliaria. Estas viviendas tienen varias formas como colaborativas o comunitarias, tuteladas, asistidas o de grupo (Zalakain, 2022).

A partir de la revisión de la experiencia internacional vinculada a la vivienda para personas mayores, se rescatan aquellas consideradas como buenas prácticas que mejoran la calidad de vida de las personas y aparecen como alternativas al modelo tradicional, con un diseño centrado en prestar atención a las elecciones y deseos de las personas. En este sentido, la planificación de estas iniciativas destaca por la promoción de estrategias que respeten la dignidad y los derechos de las personas cuidadas, así como actividades cotidianas que hagan a la significación de la vida de las personas y a la inclusión social, más allá de las clásicas actividades sociosanitarias. Se busca preservar la privacidad de las personas, combinando espacios e instalaciones comunes y actividades compartidas.

El concepto detrás es que las personas viven en sus viviendas y reciben cuidados en ellas y no al revés. En este sentido, uno de los postulados es la priorización del valor de la vida cotidiana, lograr que la persona lleve una vida lo más “normal” posible y pueda realizar las actividades que desee llevar a cabo. En este objetivo, los adultos mayores en muchas ocasiones tienen participación activa en la adaptación de la residencia, la gestión de la vivienda y sobre las actividades que se desarrollan.

También hay experiencias donde se opta por la realización de las tareas domésticas en la misma unidad como lavandería, cocina y administración. Incluso en varias experiencias, los adultos mayores que la habitan pueden participar de estas tareas en caso de desearlo. Asimismo, se busca que la vivienda mantenga la identidad de la persona a través de la personalización de los distintos espacios.

Los modelos alternativos de viviendas asistidas son más abiertos a la población y buscan que las personas tengan diálogo con la comunidad. También son viviendas que ofrecen un espacio seguro al aire libre y en el entorno de la vivienda. Estos modelos suelen ofrecer unidades de convivencia con un número más pequeño de personas, con habitaciones individuales para cada persona y casas más amplias con el objetivo de brindar mayor privacidad y autonomía junto con espacios comunes.

Este tipo de viviendas evitan las características propias de los hospitales o todo lo que se asemeje a ello como luces frías, paredes vacías, entre otros elementos hospitalarios.

Por último, estas innovaciones en general separan la provisión de la vivienda de los servicios de apoyo, por lo que la atención de cuidados es independiente del acceso a la vivienda. En general, están reguladas por organismos diferentes.

La participación del Estado en la promoción de estos distintos tipos de viviendas es variable. Es importante destacar que los países no solo optan y facilitan la gestión de un solo modelo, sino que interactúan diversos modelos de acuerdo a las características y necesidades de la población adulta mayor. La mayoría de estas iniciativas tienen participación pública y privada y pueden promoverse por un grupo de personas, en general a través de cooperativas, organizaciones sin fines de lucro, empresas o el sector público.

Existen viviendas colaborativas y comunitarias (cohousing)¹⁵ que parten de la base de la gestión compartida de la vivienda así como de las actividades que se realizan en ella (Sancho y Martínez, 2020). Buscan generar un entorno integrado y adaptado a las necesidades de las personas donde la vivienda se compone de espacios comunes y habitaciones individuales. El aporte desde el sector público está en la promoción de la vivienda, generación de programas de financiación parcial de la construcción y en la provisión de servicios sociales de cuidados. En algunos países, estas viviendas tienen un precio fijo y no están reguladas por el mercado inmobiliario (Sancho y Lantarón, 2017).

Las viviendas con cuidados, con servicios o viviendas asistidas/tuteladas¹⁶ son un tipo de modelo de viviendas de iniciativa privada o pública para personas con algún grado de dependencia, generalmente alto o medio. Estas consisten en viviendas independientes organizadas en torno a un espacio común y cuentan con servicios de atención y cuidado. Dentro de este modelo puede haber distintas denominaciones y formatos, pero se enfocan en que las personas viven de forma independiente y los cuidados pueden ser periódicos o continuos, no necesariamente tienen que tener un servicio de 24 hs. En los casos de alto nivel

¹⁵ Ejemplos de cohousing son Dinamarca - Egebakken y Slothuusene; Holanda - Centraal Wonen; Suecia - Färdknäppen, Neptuna, Hässleholmsporten; Alemania - programa "Convivir en Comunidad, vivir de forma autónoma"; Reino Unido - The Hythe.

¹⁶ Difiere su nombre en los distintos países, así como los servicios con los que cuenta y el nivel de dependencia de las personas. Pueden incluir viviendas con cuidados continuos, cuidados extra (como es el caso de Reino Unido), con servicios, tuteladas o asistidas.

de dependencia, los servicios son más continuos y existen más elementos de seguridad¹⁷. En general, son viviendas con un régimen de contrato de alquiler. El sector público interviene de distintas maneras que tienen que ver con la promoción y regulación de estas viviendas (en algunos casos también las construye), el control de calidad de los servicios otorgados¹⁸ y en algunos casos prestaciones de ayuda para el contrato de alquiler.

También está el modelo de residencias-autonomías en Francia que son viviendas para población con hasta un nivel de dependencia moderado que se orienta a la autonomía y a la prevención de la dependencia. Además, tiene la posibilidad de que los servicios sean prestados por personal externo al centro.

Otros aportes en estos modelos de viviendas para mayores que puede tener el Estado está en el otorgamiento de terrenos municipales para la construcción (en caso de no ser construidas por el Estado), subsidio de alquiler y apoyo en la gestión y mantenimiento de la vivienda.

También en integración a varios de los modelos anteriores se promueve el modelo de viviendas para toda la vida que se concentra en generar viviendas con un diseño arquitectónico flexible y adaptable para todas las etapas de la vida (Sancho y Martínez, 2020). Bajo este concepto, el Estado se involucra mediante la generación de incentivos para la adaptación del diseño arquitectónico o en la promoción de programas de adaptación y modernización de la vivienda, así como difusión de recomendaciones en el diseño de las viviendas (Sancho y Lantarón, 2017).

b) Competencias y gestión

En los distintos modelos, se observa que los gobiernos subnacionales tienen mayores competencias en estos países que en el caso uruguayo. Esta mayor participación, conlleva a una mayor responsabilidad en los gobiernos locales o regionales. A modo de ejemplo, en los países nórdicos, los gobiernos intermedios se encargan de la responsabilidad de la atención sanitaria mientras que a nivel municipal tienen competencias sobre el control y gestión de las residencias, centros de días y atención domiciliaria. También tienen injerencia en la financiación de viviendas. A nivel central, se concentra la responsabilidad sobre las pensiones y apoyo en la financiación de la vivienda, así como otros servicios de ayuda (Sancho y Lantarón, 2017). Otros casos como en Alemania, el nivel central se encarga de los lineamientos generales de la política y el marco de actuación, mientras que los Estados y Municipalidades las llevan adelante.

Debido al sistema de descentralización de nuestro país, está claro que las competencias de los gobiernos subnacionales son distintas a otros países con un sistema federal, pero de todas formas se puede valorar la pertinencia de la escala territorial en la toma de decisiones. En este sentido, habría una potencialidad de trabajo con las intendencias y los municipios por su conocimiento del territorio.

¹⁷ Un ejemplo para personas con demencia son las villas creadas en Holanda (Visserhaven y Hogeweyk) donde se desarrollan unidades pequeñas para personas con demencia y se prioriza la libre circulación con seguridad y cuenta con personal interdisciplinario y en algunas ocasiones con voluntarios.

¹⁸ En el caso de Alemania se cuenta con el Seguro de Dependencia, donde las personas beneficiarias pueden tener un mismo servicio profesional en la vivienda compartida acumulando el seguro entre todos.

4.2.6. Servicio de Teleasistencia: la experiencia internacional

En las experiencias internacionales relevadas vinculadas a la teleasistencia se encuentran algunas funcionalidades que sirven como base para pensar en posibilidades de ampliación del servicio en Uruguay más allá del servicio de recepción de emergencias.

Un ejemplo es el servicio público de teleasistencia del Gobierno Vasco llamado BetiOn donde los usuarios generan un plan personalizado en el que optan por qué servicios utilizar de acuerdo a las necesidades. Estos servicios pueden incluir: atención inmediata en casos de emergencia, llamadas de seguimiento, recordatorios, asesoramiento en temas de interés social, campañas de interés público, comunicación con familiares o referentes, consejo sanitario y apoyo para coordinar citas en el centro de salud (Gobierno Vasco, 2017). También cuenta con un servicio de atención domiciliaria en caso de emergencias o por asesoramiento técnico del dispositivo de teleasistencia. Otro de los servicios brindados son instalaciones de dispositivos en el hogar (detección de humo, de fugas de gas, entre otros). El servicio tiene un costo fijo mensual y hay personas que pueden estar exentos del pago.

Otra experiencia es el programa de teleasistencia domiciliaria de España en el marco de un convenio entre la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Este convenio se implementa en acuerdo con alguna empresa o entidad local prestadora del servicio y un porcentaje es financiado por IMSERSO. El servicio brinda un canal de comunicación para petición de ayuda (ya sea sanitaria o social), comunicación de datos, seguimiento del usuario y por emergencias como fuego, fuga de gas, hurto o falla de tensión eléctrica.

Estos servicios ofrecen un abanico más amplio de funcionalidades de teleasistencia que el sistema actual uruguayo. En este sentido, se identifican posibilidades de ampliación del alcance del servicio más allá de la recepción de emergencias, vinculado a la prevención de accidentes en el hogar, recordatorio de medicación o agenda médica, o acompañamiento y apoyo emocional. Este tipo de servicios aportan a extender el tiempo que las personas adultas mayores viven en su propio hogar.

5. Posibles propuestas para atender los desafíos planteados.

En base a los desafíos planteados y la experiencia internacional se pueden formular ciertas ideas de propuestas que deberían desarrollarse junto al equipo de la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad.

Uno de los principales desafíos del sistema es **brindar soluciones personalizadas** partiendo de un diseño global de servicios pero que su provisión pueda adaptarse a las necesidades de cada usuario y sus referentes de cuidados. Ello implica contar con una visión más integrada y coordinada de los servicios que se brindan y que el ingreso al sistema no se defina en función del grado de dependencia a cuáles servicios puedo postular, sino en función de las necesidades de las personas mayores con dependencia qué servicios se les pueden brindar.

Para ello la experiencia de coordinación interinstitucional que se presenta entorno a los servicios sociales y de salud es relevante y posible de desarrollar en Uruguay. También la posibilidad de contar con dispositivos a nivel territorial que combinen distintas ofertas de servicios.

Para diseñar programas que brinden soluciones personalizadas es importante, por ejemplo, en el caso de Asistentes Personales que pueda diferenciarse el programa para la atención de las infancias y juventudes, de la atención de las personas mayores. Ello se fundamenta en que se trata de poblaciones muy distintas en cuanto a sus necesidades de apoyo y la evolución de las mismas.

La posibilidad de flexibilizar el uso de los programas como se hizo con los Centros de Día, pero en el caso de Asistentes Personales. En la experiencia internacional se identifica el modelo de ASISPA que ofrece atención domiciliaria en función de las necesidades de los usuarios.

Otra forma de acercarse mejor a las necesidades de los usuarios y sus referentes de cuidados es mediante la combinación de servicios que podría lograrse a través de la atención personalizada. Por ejemplo, la asistencia a personal del AP se puede combinar con la participación en actividades comunitarias como los centros de día u otras formas de integración social en la comunidad.

Respecto al **aseguramiento de la calidad** de los servicios se ha avanzado bastante, pero en algunos casos como en los Centros de Día se sugiere avanzar en indicadores objetivos de monitoreo de la calidad dado que ya se contará con la evaluación realizada por DINTAD donde se recoge el nivel de satisfacción de las personas usuarias y sus familias.

De la experiencia internacional se recoge la importancia de las evaluaciones periódicas y la publicación de resultados. También la experiencia del Reino Unido en la certificación de la calidad de los servicios accesibles al público puede ser de interés para los servicios residenciales, pero ello debería de ir acompañado de un apoyo a los centros para mejorar la calidad de sus servicios.

En el caso del programa de Asistentes Personales ampliar la implementación de la modalidad colectiva ya que ha demostrado ofrecer una mejor solución para los usuarios y sus referentes de cuidado por la función de intermediación que genera la cooperativa y el apoyo a los AP.

También para todos los servicios y más aún si el ingreso al sistema no es por la postulación a los distintos servicios sino en forma personalizada. El desarrollo del Plan de Atención Personalizado es una herramienta fundamental para dar seguimiento y apoyo a quienes brindan la asistencia en el sistema y en la familia. En particular, en el programa de AP hay que implementarlo para la modalidad individual. También en esta modalidad los AP fortalecerían su apoyo a usuarios y familias si contaran con mecanismos de seguimiento y acompañamiento de su tarea.

Otro factor que incide en la calidad del servicio es la **formación** de quienes asisten en el sistema y en la familia. Por ello se sigue insistiendo en el fortalecimiento de la formación, tanto en la formación general básica e inicial, como en una formación continua o de especialización según niveles y/o tipos de dependencia.

Para mejorar la sostenibilidad del **financiamiento del sistema** además de buscar formas más estables que aporten al financiamiento público como puede ser un fondo similar al Fondo de Reconversión laboral como un porcentaje muy pequeño de los ingresos personales, y/o incorporando un seguro social entre quienes tienen capacidad de pago, también debe revisarse la forma de implementación del copago para hacerlo más atractivo. Por un lado, la posibilidad que la familia sienta que el Estado en todos los casos está brindando su apoyo con un porcentaje, aunque sea mínimo (10%) del costo total. Por otro lado, tener en cuenta el

costo alternativo de mantener la carga de cuidados en el hogar o que se resuelva en el mercado informal.

Como se extrae de la experiencia internacional, el financiamiento de los servicios de cuidado a la dependencia combina recursos públicos, seguros sociales y aportes de los propios usuarios. Generalmente el copago lo utilizan para la contratación de servicios residenciales, sean en el hogar o en centros de larga estadía. Los ejemplos de Alemania o Francia donde la asignación personalizada resuelve el tema del financiamiento y cofinanciamiento (mediante copago), como la posibilidad que el usuario escoja el tipo de servicio que contrata con dicha asignación.

También se ha pensado en aplicar sistemas similares a los que se identifican en los países nórdicos y en Alemania, donde el copago se aplique luego de ciertos niveles mínimos de cobertura. Por ejemplo, las personas usuarias pueden optar por ampliar el tiempo de asistencia domiciliaria más allá de los servicios básicos que cubre el sistema público a través del copago.

En el caso de Alemania, el copago también puede habilitar el acceso a servicios adicionales como estancias de respiro en centros residenciales según el nivel de dependencia del usuario.

En relación a las **políticas de apoyo a quienes resuelven las necesidades de cuidados en la familia o el hogar**, se citan las prestaciones monetarias que sólo serían aceptables si no buscan reforzar el rol de cuidadora, sino brindar apoyo cuando no hay alternativa para la cuidadora y tuvo que renunciar a otros ingresos para resolver los cuidados. Aparte se señalan otras alternativas complementarias como el acceso a seguros de pensión y accidentes, servicios de atención psicológica y grupos de apoyo y acompañamiento, y servicios de atención telefónica gratuita a personas cuidadoras. Por último, se incluye la formación para quienes realizan los cuidados en forma no remunerada que contribuya con el cuidado de las personas dependientes y al autocuidado.

Como apoyo a la atención de la dependencia leve y moderada sería de interés ampliar las funcionalidades del servicio de teleasistencia. Para ello se cita la experiencia internacional donde se involucra el recordatorio de medicación y agenda médica, el acompañamiento y apoyo emocional, y seguimiento de los usuarios.

Finalmente, para el cuidado de las personas mayores es muy importante el **modelo de viviendas residenciales** alejadas del modelo tradicional que se rescata de la experiencia internacional. Se identifican distintas formas (colaborativa, comunitaria, tutelada, asistida o de grupo) que pueden ser consideradas y promovidas en Uruguay. De hecho, ya hubo una experiencia de viviendas tuteladas del BPS que se consideró relevante, pero fue discontinuada. Sería recomendable retomar esas experiencias e ir las perfeccionando. En esa oportunidad se contó con el apoyo de la Universidad de la República. También podrían involucrarse a otras universidades privadas que estén brindando formación en las áreas de competencia de los cuidados.

En la experiencia internacional el apoyo a la vivienda incluye en las tareas domésticas como lavandería, cocina y administración, y las personas asistidas pueden participar de las tareas en caso de desearlo.

También se señala que estas innovaciones en general separan la provisión de la vivienda de los servicios de apoyo, por lo que la atención de cuidados es independiente del acceso a la vivienda, y en general, están reguladas por organismos diferentes.

Además, interactúan distintos modelos de acuerdo a las características y necesidades de las personas mayores, y cuentan con participación pública y privada, y a través de distintas formas cooperativas, organizaciones sin fines de lucro, empresas o sector público.

La participación del Estado puede ser en la adaptación y modernización de las viviendas, y en la difusión de recomendaciones en el diseño de las mismas.

A su vez, en la gestión de los servicios incluidas estas modalidades de viviendas se involucran los gobiernos subnacionales. En el caso de Uruguay por las competencias y la escala territorial puede ser más limitado su involucramiento. Por eso, sólo se lo ha considerado para el aterrizaje territorial de la política. Pero se podría ampliar el radio de involucramiento en la promoción de servicios y en su desarrollo cuando se trata de la adaptación y promoción de obra pública (espacios públicos), viviendas y transporte.

Referencias bibliográficas

Aguirre Cuns, Rosario; Scavino Solari, Sol (2018) *Vejece de las mujeres. Desafíos para la igualdad de género y la justicia social en Uruguay*. Uruguay: Facultad de Ciencias Sociales, UDELAR.

Aranco, Natalia y Rita Sorio (2019) “Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay”. Nota técnica del BID N° 1615.

Gobierno Vasco (2021). *Estrategia sociosanitaria de apoyo a las familias cuidadoras, 2021-2030*.

Leturia, M., Zalakain, J., Mendieta, A., & Carcadilla, A. (2019). *Modelos de gestión de calidad en la atención a las personas con dependencia*. Sistema de Cuidados.

<https://www.siiis.net/es/investigacion/ver-estudio/584/>

MIDES (2019a) Informe anual 2018 del Sistema de Cuidados. Disponible en:

<https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/2020-03/Informe%20anual%20Sistema%20de%20Cuidados%202018.pdf>

MIDES (2019b) Informe de transición, Anexo Sistema Nacional Integrado de Cuidados.

Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/anexo-sistema-nacional-integrado-cuidados>

MIDES (2020) La construcción del cuarto pilar de la protección social en Uruguay. Balance y desafíos 2015 - 2020. Sistema de Cuidados.

MIDES (2022a) Centros de día, edición 2022 – Documento de diseño

MIDES (2022b) Asistentes Personales, edición 2022 - Documento de diseño

MIDES (2022c) Programa de Apoyo al Cuidado Permanente, edición 2022 – Documento de diseño

OPP (2020) “Servicios del Ministerio de Desarrollo Social para la atención a personas en situación de dependencia”

Poder Ejecutivo (2016) Decreto N° 427/016 Reglamentación de la ley 19.353 relativo a la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). Disponible en:

<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/427-2016>

Sancho Castiello, M., & Lantarón, H. (2017) *Viviendas y sistemas alternativos de alojamiento para personas mayores en Europa*. [Ayuntamiento de Donostia – San Sebastián]

Sancho Castiello, M., & Martínez Rodríguez, T. (2020). “Parte II. Análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos. Residencias para personas mayores, ¡no más de lo mismo!”. *Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores*.

SNIC (2024) “Sistema Nacional Integrado de Cuidados: Informe Anual 2023”. Junta Nacional de Cuidados, Ministerio de Desarrollo Social.

SNIC (2023) “Sistema Nacional Integrado de Cuidados: Informe Anual 2022”. Junta Nacional de Cuidados, Ministerio de Desarrollo Social.

SNIC (2020) *Informe marzo 2020. Datos actualizados al 29.02.2020*

<https://www.gub.uy/sistema-cuidados/datos-y-estadisticas/estadisticas/cuidados-rinde-cuentas-marzo-2020>

SNIC (2018) Misión SNIC a Madrid y País Vasco: Estudios e intercambio de experiencias de atención a personas en situación de dependencia. [SNIC-MIDES].

Zalakain, J. (2022) La organización de los servicios de atención a la dependencia en Europa. *Zerbitzuan*(77)5-21. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales.
https://cendocps.carm.es/documentacion/2022_Zerbitzuan77.pdf