

# El Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay: diagnóstico, desafíos, y recomendaciones para su fortalecimiento<sup>1</sup>.

Balsa, A.<sup>a</sup>, Irazoqui, C.<sup>b</sup>, Salvador, S.<sup>c</sup>, Papadopolus, M.<sup>d</sup>,  
Zak, D.<sup>e 2 3</sup>

Editado por Aranco, N.<sup>f</sup>, Bagolle, A.<sup>f</sup>

---

<sup>1</sup> 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).

<sup>2</sup> Los autores agradecen muy especialmente a las autoridades y equipos técnicos del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) y del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), cuya apertura y colaboración fueron fundamentales para facilitar este estudio. Agradecen también a los representantes del Instituto Nacional de las Personas Mayores (INMAYORES), Instituto Nacional del Niño y el Adolescente (INAU), Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Economía y Finanzas, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Banco de Previsión Social por la información brindada y el acompañamiento en el proceso de consultas realizado.

<sup>3</sup> 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.

<sup>a</sup> Departamento de Economía, Universidad de Montevideo; <sup>b</sup> Consultora independiente en procesos de aprendizaje; <sup>c</sup> CIEDUR, Área de Desarrollo y Género; <sup>d</sup> Asistente de consultoría; <sup>e</sup> Consultora independiente; <sup>f</sup> Banco Interamericano de Desarrollo.

# INDICE DE CONTENIDOS

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
1.1. ANTECEDENTES	4
1.2. MOTIVACIÓN	4
<b>2. EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE CUIDADOS: OBJETIVOS, INSTITUCIONALIDAD Y GOBERNANZA</b>	<b>6</b>
2.1. OBJETIVOS	6
2.2. INSTITUCIONALIDAD	6
2.3. ARTICULACIÓN CON OTROS ORGANISMOS REFERENTES: EL DESAFÍO DE LA INTERINSTITUCIONALIDAD	9
<b>3. DEMANDA DE SERVICIOS DE CUIDADOS EN URUGUAY</b>	<b>10</b>
3.1. TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS: LA CAÍDA DE LA NATALIDAD Y EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN	10
3.2. FACTORES SOCIOECONÓMICOS QUE AFECTAN LA DEMANDA DE CUIDADOS: ALTOS NIVELES DE POBREZA INFANTIL Y PERSONAS MAYORES QUE VIVEN SOLAS	14
<b>4. OFERTA DE SERVICIOS DE CUIDADOS EN URUGUAY</b>	<b>17</b>
4.1. SERVICIOS DE CUIDADOS PARA LA POBLACIÓN INFANTIL	17
4.1.1. COBERTURA Y FOCALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CUIDADOS PARA LA INFANCIA	20
4.1.2. CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE CUIDADOS PARA LA INFANCIA	23
4.2. SERVICIOS DE CUIDADOS PARA LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	30
4.2.1. COBERTURA Y FOCALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CUIDADOS PARA LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	32
4.2.2. CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE CUIDADOS PARA LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	39

<b>5. EL FUTURO DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE CUIDADOS: PROPUESTAS PARA UN SISTEMA FORTALECIDO</b>	<b>44</b>
5.1. LA DEMANDA FUTURA DE CUIDADOS	45
5.2. POSIBLES RECOMENDACIONES PARA LOS SERVICIOS DE CUIDADOS A LA INFANCIA	46
5.3. RECOMENDACIONES PARA LOS SERVICIOS DE CUIDADOS A LA POBLACIÓN CON DEPENDENCIA	52
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>58</b>

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1. Antecedentes

El objetivo de este reporte es presentar un análisis de los servicios de cuidados existentes en el país de manera de identificar avances y desafíos en materia de cobertura y calidad, y de proponer posibles áreas de mejora para el fortalecimiento de la matriz de cuidados de Uruguay.

Los resultados presentados se basan en la realización de tres consultorías, encargadas por la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad (SNCyD) al Banco Interamericano de Desarrollo. Estas consultorías se enfocaron en: los servicios de cuidados para la población infantil (Balsa y Zak 2025), los servicios de cuidados para la población con discapacidad en situación de dependencia (Irazoqui y Papadopulos 2025), y los servicios de cuidados para la población mayor en situación de dependencia (Salvador 2025). Por temas de espacio, este resumen recoge solo los aspectos que se consideraron más relevantes para entender el funcionamiento, las fortalezas y los desafíos de los programas analizados; se recomienda a los lectores referirse a los informes completos de consultorías en caso de querer ahondar en algún aspecto en particular.

Las tres consultorías por poblaciones objetivo son complementadas por una cuarta consultoría, que tuvo como objetivo analizar, desde el punto de vista financiero, la inversión que necesitaría realizar el país para poder conformar un sistema de cuidados fortalecidos, y las posibles formas de financiamiento que garanticen la sostenibilidad de corto, mediano y largo plazo del mismo. Referirse a Villalobos (2025) por más información.

## 1.2. Motivación

Las tareas de cuidados se definen como las actividades realizadas por una o varias personas con el objetivo de apoyar a otros en el cumplimiento de sus necesidades materiales, biológicas, emocionales, y espirituales (Chopra & Sweetman, 2014). Son esenciales para garantizar, no solamente el bienestar y desarrollo personal de quienes reciben los cuidados, sino también el desarrollo socioeconómico de los países (Chopra & Sweetman, 2014) (Alonso et al., 2019).

El cuidado puede ser directo (apoyo a las actividades básicas de supervivencia de una persona) o indirecto (apoyo a la vida independiente que no necesariamente implica un contacto directo con la persona cuidada, como la preparación de alimentos) (OIT 2018). Los cuidados pueden ser provistos por el Estado, el mercado, la sociedad civil, o las familias (Razavi, 2007).

Ante la ausencia de soluciones de calidad efectivas y accesibles, ya sea brindadas por el Estado o por el mercado, son las familias –y en particular, las mujeres– quienes asumen mayoritariamente la responsabilidad de cuidar a los demás miembros de la sociedad, sea niños o personas en situación de dependencia funcional. Esto tiene consecuencias negativas importantes en términos, tanto de su salud física, emocional, y mental, como de su autonomía económica, al verse limitadas muchas veces sus posibilidades de participación en el mercado de trabajo. Por ejemplo, en Uruguay, el 40% de las personas cuidadoras de personas mayores no remuneradas experimenta algún síntoma de depresión (Fabiani et al. 2024). Además, entre

las mujeres que no trabajan, el 43% declara no hacerlo por razones de responsabilidades familiares (con base a resultados de la Encuesta de Uso de Tiempo 2022).

La evidencia para Uruguay también muestra que la tasa de participación laboral femenina es más baja entre quienes tienen hijos pequeños que no concurren a un centro educativo, y no tienen servicio doméstico contratado (Espino y Salvador 2018). Existe también una fuerte evidencia a favor de la penalización por maternidad en el mercado laboral uruguayo. La participación de las mujeres en el mercado formal de trabajo cae 30% en el corto plazo y 60% en el largo plazo (a los 10 años), luego del nacimiento del primer hijo, efecto que es aún más pronunciado en los quintiles más bajos de ingresos (Querejeta 2020). Aún en aquellos casos en que las mujeres sí deciden participar en el mercado de trabajo, lo hacen, en promedio, por menos horas: mientras que casi un 40% de las mujeres asalariadas en el sector privado formal trabajan 20 horas semanales o menos, solo el 14% de los hombres tiene una carga horaria semanal tan baja (Banco de Previsión Social 2020).

El desarrollo de políticas y sistemas de cuidados es, por lo tanto, un pilar fundamental de la equidad de género. Uruguay ha sido pionero en la región en el desarrollo de un sistema integral de cuidados, aprobado por ley, y que incluye a todas las poblaciones demandantes de cuidados, así como a sus cuidadores. A casi 10 años de su puesta en marcha, el sistema ha logrado avances importantes. Quedan, sin embargo, como es esperable dada la magnitud del reto, desafíos. Estos desafíos tienen que ver con el poder asegurar una cobertura más amplia de servicios de calidad en un contexto de demanda creciente y cambiante, al mismo tiempo que se asegura la sostenibilidad financiera y social del sistema. En este contexto, este reporte presenta un análisis de los servicios de cuidados disponibles en el país, sus características, fortalezas y debilidades, y propone opciones de mejora para el futuro.

Es importante recalcar que la visión de fondo de este reporte (y de todos los reportes asociados a esta consultoría) es la de los cuidados como inversión. En efecto, existe numerosa evidencia internacional que muestra cómo los servicios de cuidados redundan en retornos económicos y sociales que van más allá de lo inicialmente invertido, a través de una mejora del capital humano del país (ver Berlinski et al., 2008; Borraz y Cid, 2013; Bloomfield 2024 para Uruguay)<sup>4</sup>, mayor eficiencia del gasto público (por ejemplo, ahorro del gasto en salud) (ver, por ejemplo, Aranco et al. 2024), mayor participación laboral femenina, mayores contribuciones a la seguridad social, y en definitiva, mayores niveles de crecimiento económico y cohesión social).

El resto del reporte se organiza de la siguiente manera. La sección dos presenta el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), sus objetivos, institucionalidad, y su relación con otros organismos. A continuación, en la sección 3, se describen brevemente los factores que influyen la demanda de cuidados en el país. La sección 4 presenta los servicios de cuidados existentes, haciendo foco (aunque con excepciones) en aquellos que se encuentran bajo la órbita del SNIC. Se presentan los cuidados destinados a la población infantil y los destinados a la población en situación de dependencia por separado. En cada caso, se analizan los principales desafíos tanto en términos de cobertura como de calidad. Por último, en la sección 5, y con base en el diagnóstico presentado previamente, se concluye con el lineamiento de algunas posibles acciones que podrían fortalecer el sistema a futuro.

---

<sup>4</sup> En Balsa y Zak (2025) se incluye una discusión más amplia sobre los efectos de los servicios de educación y cuidados en edades tempranas en el desarrollo del capital humano de los niños.

## 2. El Sistema Nacional Integrado de Cuidados: objetivos, institucionalidad y gobernanza

### 2.1. Objetivos

Uruguay es el primer país de la región en implementar un sistema nacional integral de cuidados, con base legal e institucional. El Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), se crea a partir de la Ley 19.353 de diciembre de 2015 y se define como “el conjunto de acciones públicas y privadas que brindan atención directa a las actividades y necesidades básicas de la vida diaria de las personas que se encuentran en situación de dependencia” (art. 3). El sistema se concibe como un conjunto de políticas integrales en el área de los cuidados, mediante las cuales el Estado asume la responsabilidad de participar activamente en el diseño de soluciones de cuidados que intenten dar respuesta a los desafíos que los cambios demográficos y sociales imponen.

El objetivo del SNIC es *“garantizar el derecho de las personas en situación de dependencia a recibir cuidados en condiciones de calidad e igualdad, promoviendo el desarrollo de la autonomía, la atención y asistencia a las personas en situación de dependencia, así como el desarrollo infantil, en el marco de un modelo de corresponsabilidad entre familias, Estado, mercado y comunidad, así como entre varones y mujeres”* (SNIC 2015, p. 11). En este sentido, el sistema se propone reducir las desigualdades sociales que aparecen como consecuencia de la injusta división del trabajo que asigna la responsabilidad de los cuidados mayormente a las mujeres, como parte de su rol de género tradicional, desvalorizándolo y volviéndolo invisible a los ojos de la sociedad (SNIC 2015).

Se plantean tres poblaciones objetivo: (1) los niños menores de 12 años<sup>5</sup>, (2) las personas en situación de dependencia funcional a lo largo del ciclo de vida, y (3) las personas cuidadoras. Atendiendo a razones presupuestales, para cada una de estas poblaciones se establecen grupos de prioridad con base en la edad y el grado de dependencia de la persona (ver Sección 4). Para dar cobertura a estas poblaciones, el sistema abarca, por un lado, la coordinación, consolidación y expansión de servicios ya existentes y, por otro, la creación de prestaciones totalmente nuevas. Todos ellos se toman en cuenta en este reporte.

### 2.2. Institucionalidad

El SNIC tiene una gobernanza de carácter interinstitucional, donde participan múltiples actores intervinientes a nivel del gobierno central, gobiernos departamentales, actores privados, y organizaciones de la sociedad civil.

El ámbito de mayor jerarquía del sistema es la Junta Nacional de Cuidados, órgano rector de la política pública de cuidados, y de coordinación política del Sistema. Es la encargada de definir los objetivos del sistema, sus prioridades, y los lineamientos estratégicos a seguir, así como de

---

<sup>5</sup> Como se indica en la sección 4.1, el sistema ha hecho especial foco en la primera infancia (0 a 3 años).

proponer políticas y asesorar al Poder Ejecutivo en materia presupuestal. La Junta se conforma por representantes de cinco ministerios (Desarrollo Social, Economía y Finanzas, Educación y Cultura, Trabajo y Seguridad Social, Salud Pública), de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, la Administración Nacional de Educación Pública, el Banco de Previsión Social (BPS), el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, y del Congreso de Intendentes. Además, el Instituto Nacional de las Mujeres, y la Secretaría Nacional de Cuidados participan con voz, pero sin voto.

Como parte de la Junta Nacional de Cuidados funcionan, a su vez, las llamadas Comisiones Interinstitucionales, integradas por organismos públicos con competencias específicas en el diseño y ejecución de políticas de las distintas poblaciones objetivo. Funcionan cinco Comisiones: Infancia, Dependencia, Formación, Regulación, y Comunicación.

El órgano rector y coordinador del sistema es la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad<sup>6</sup>, que funciona bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social. Ésta tiene a su cargo la articulación, coordinación, y supervisión de las políticas de cuidados, así como la asignación de las partidas presupuestales, bajo los lineamientos establecidos por la Junta Nacional de Cuidados.

Desde 2020, la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad (SNCyD) se integra por dos Direcciones:

- **Dirección de Cuidados**, integrada, a su vez, por cinco divisiones: (a) Infancia, (b) Dependencia, (c) Servicios, (d) Planificación y Seguimiento, (e) Contralor de Programas.

Las divisiones de infancia y dependencia son las llamadas áreas de poblaciones y tienen un rol de rectoría y diseño y planificación de las políticas orientadas a esas poblaciones; la división de servicios tiene como rol principal el de implementación y de gestión directa de los programas; el área de planificación y seguimiento se encarga de la gestión de información, elaboración de insumos para la planificación, y evaluación de los componentes del SNIC, así como la elaboración de las memorias anuales y quinquenales del SNIC; el área de contralor de programas trabaja sobre el marco normativo del sistema de cuidados (tanto en lo que respecta a creación de nuevos marcos normativos como en lo que respecta al contralor del funcionamiento de los programas);

- **Dirección de Discapacidad**, integrada por cuatro divisiones: (a) Apoyo para la inclusión, (b) Regulación (c) Alojamiento con apoyos, (d) Territorios. Y tres centros (e) Centro Tiburcio Cachón, (f) Centro Nacional de Apoyos Técnicos y Tecnológicos, (g) Centro Artigas.

---

<sup>6</sup> Originalmente, la Ley 19.353, crea la la Secretaría Nacional de Cuidados, que se integraba por las siguientes áreas: Área de Infancia, Área de Personas Mayores, Área de Personas con Discapacidad y Área de Planificación y Seguimiento. En 2020, en el marco de una reestructura interna del MIDES, se integra a la Secretaría Nacional de Cuidados, el Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS). Este hecho se materializa en el artículo 484 de la ley no 19.924 (Presupuesto Nacional 2020-2024), que reemplaza el artículo 16 de la Ley 19.353.

El personal de administración y comunicación integra la estructura dependiendo directamente de la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad, y se aplica a tareas de ambas direcciones.

Por otra parte, en 2018 se crea la Unidad especializada en Género (UG) que funciona dentro de la órbita de la Secretaría. La UEG busca transversalizar la perspectiva de género en la política de cuidados desde el rol que cumple la SNCD como articuladora interinstitucional del SNIC. A su vez, tiene como objetivo aportar a la creación y al fortalecimiento de los mecanismos y acciones para el logro de la igualdad de género. Para cumplir con ese objetivo, mantiene un vínculo de permanente comunicación y asesoramiento mutuo, con Inmujeres, en específico con la División de Autonomías y Desarrollo, trabajo ampliamente fructífero que permitió el abordaje de diversas líneas de trabajo conjuntas, de manera complementaria y sinérgica. La Figura 1 resume la organización institucional de la SNCD de manera gráfica.

Por último, el SNIC está integrado por el Comité Consultivo de Cuidados, a través del cual se da participación a los trabajadores del sector, a la sociedad civil, al sector privado, y a la academia. El Comité Consultivo tiene como objetivo asesorar a la Secretaría acerca de las mejores prácticas para implementar las políticas y alcanzar los objetivos del sistema. Tiene entre sus cometidos: i) monitorear la implementación del SNIC y asesorar a la Secretaría en este aspecto, ii) garantizar la igualdad de condiciones de acceso y el respeto por los derechos humanos de quienes son cuidados y de los que brindan cuidados, realizando informes anuales referentes a estos puntos, iii) realizar aportes al Plan Nacional de Cuidados y su seguimiento, iv) realizar aportes a los informes anuales realizados por la Secretaría.



**FIGURA 1. ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL DE LA SECRETARÍA NACIONAL DE CUIDADOS Y DISCAPACIDAD**



Fuente: Dirección de Cuidados

El despliegue a nivel territorial se plasma a través de la estructura del MIDES, particularmente de la Dirección Nacional de Gestión Territorial (DNGT) y de los espacios de articulación interinstitucional territorial (Comisiones de Seguimiento Territorial (CST)).

## 2.3. Articulación con otros organismos referentes: el desafío de la interinstitucionalidad

El SNIC fue concebido desde sus inicios como un sistema integrado que involucra la participación y coordinación de diversas instituciones y actores públicos y privados, tanto en la definición de sus lineamientos estratégicos como en la implementación de sus acciones.

En materia de infancia y, en particular, de primera infancia, históricamente los servicios de educación y cuidados han estado organizados en torno a dos instituciones: el Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU) y la Dirección General de Educación Inicial y Primaria (DGEIP) de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP). Desde la conformación de la Ley 19.353, ambas instituciones están integradas al Sistema de Cuidados. El SNIC tiene una visión sistémica de la política pública de cuidados y su institucionalidad fue pensada para que exista una coordinación de esfuerzos entre actores del sector público, instituciones privadas, organizaciones de la sociedad civil y la academia.

Sin embargo, esta coordinación de esfuerzos se ve menguada al no existir una relación jerárquica entre las partes y a que la estructura presupuestal está fragmentada entre las distintas instituciones que forman parte del sistema y solapada en múltiples aspectos.

En materia de dependencia, muchos de los programas fueron creados junto con el SNIC, por lo que dependen exclusivamente de éste, facilitando la gobernanza. Una excepción son los servicios residenciales, que ya existían en el país, y para cuya regulación es necesaria la coordinación con el Instituto Nacional de las Personas Mayores (INMAYORES) y el Ministerio de Salud Pública (MSP). Además, en el caso de la atención a la dependencia para la población con discapacidad, los servicios implementados en el ámbito del SNIC coexisten con programas gestionados por la Dirección de Discapacidad (Programa de Apoyo Parcial), los cuales cuentan con un presupuesto independiente.

### 3. Demanda de servicios de cuidados en Uruguay

Si bien todas las personas pueden necesitar cuidados a lo largo de su vida de manera circunstancial, son dos los grupos poblacionales que concentran la demanda de cuidados de forma más o menos permanente: los niños y las personas que presentan algún nivel de dependencia, ya sea debido a alguna limitación física, cognitiva, o mental, o a la pérdida paulatina de capacidad funcional relacionada con la edad avanzada.

Las características de los servicios de cuidados que requieren cada uno de estos grupos, difieren no solo en el tipo de actividades para las que se requiere apoyo y su intensidad, sino también en lo que respecta a la infraestructura y los recursos humanos necesarios para su provisión.

La demanda de cuidados no solo depende de la edad y el estado funcional de las personas. Sus características socioeconómicas también influyen, ya que impactan la capacidad, tanto de satisfacer las necesidades de cuidados en forma autónoma dentro de la familia, como de comprar los servicios privados ofrecidos en el mercado. Además, las características socioeconómicas suelen ser utilizadas como criterios para focalizar el acceso a los servicios y prestaciones que ofrece el Estado.

La valoración de los servicios de cuidados fuera del hogar por parte de las familias, y las preferencias familiares en relación a ocio y trabajo y el salario de reserva también afectan directamente la demanda de cuidado. A su vez, las configuraciones familiares y la participación laboral de las mujeres afectan la red de cuidadores familiares que cuidan de manera no remunerada.

Es importante, por lo tanto, entender la estructura y composición de la demanda, para evaluar la adecuación de los servicios de cuidados en el país y poder proponer medidas que mejoren la cobertura y calidad de los mismos. En esta sección describimos algunos de estos factores en Uruguay.

#### 3.1. Tendencias demográficas: la caída de la natalidad y el envejecimiento de la población

Entre 2016 y 2023 Uruguay ha experimentado una notable disminución en la tasa de fecundidad. En 2015, la tasa de fecundidad se situaba en 1,9 hijos por mujer, pero en 2023 esa cifra había descendido a 1,2. Este cambio representa una transformación en los patrones reproductivos del país. Mientras en 2016 la cantidad de nacimientos ascendía a 47.058, en 2023 nacieron tan solo 31.385 niños, un 33% menos.

Además de la implementación de políticas públicas anticonceptivas que lograron disminuir la tasa de embarazos adolescentes en el país, dos factores adicionales han contribuido al menor número de nacimientos: la caída de la tasa de fecundidad en los segundos y terceros nacimientos y el aplazamiento de la edad de embarazo (Cabella et al., 2024; Ferré et al., 2023; Pereira y Paseyro 2023). Entre 2016 y 2021 la edad promedio de la mujer al primer nacimiento aumentó en 2 años. Como consecuencia de estos factores, la cantidad de niños de 0 a 5 años en el país, ha seguido una tendencia decreciente, pasando de 285.497 en 2015 a de 210.219 en 2023, una caída de 26% en el período<sup>7</sup> (con base en datos del Departamento de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública).

La caída en las tasas de natalidad se da concomitantemente a un aumento de la esperanza de vida, lo que lleva a un envejecimiento de la población. La esperanza de vida al nacer aumentó más de tres años desde el 2000 al 2023, pasando de 74,7 a 78,1. Más aún, una vez alcanzada la edad adulta, la esperanza de vida aumenta cada vez más. A los 65 años, una persona en Uruguay puede esperar vivir casi 19 años adicionales, un aumento de dos años respecto al año 2000, con una diferencia importante entre hombres y mujeres (16 *versus* 21, respectivamente) (Naciones Unidas, World Population Prospects 2024).

Como consecuencia, el porcentaje de personas mayores de 65 años en el total pasó de 13,1% en 2000 a 15,8% en 2023. En términos absolutos esto significa que el número de personas mayores pasó de 427 mil a 536 mil en igual período, un incremento de casi 26%. El aumento fue aun más acelerado entre las personas mayores de 80 años, cuyo número pasó de 95 mil a 159 mil, un aumento de casi 70%. Como porcentaje de la población total, las personas mayores de 80, pasaron de representar un 2,9% en el año 2000 a un 4,7% en 2023 (Naciones Unidas, World Population Prospects 2024).

El envejecimiento de la población está asociado a un aumento en la cantidad de personas en situación de dependencia funcional (ver recuadro 1), ya que las personas mayores son más proclives a presentar limitaciones y dificultades para llevar adelante una vida autónoma. En efecto, según estimaciones de Villalobos (2025), un 20% de las personas mayores de 65 años –alrededor de 110 mil personas– puede clasificarse como dependiente (ver Recuadro 1), comparado con un 3,2% entre los menores de 65 – 92 mil personas aproximadamente (Tabla 1).

---

<sup>7</sup> Por falta de información desagregada, la estimación no considera niños inmigrantes nacidos fuera del país, aunque es importante señalar que en los últimos años hubo un incremento de los movimientos migratorios hacia Uruguay. Un estudio reciente sobre los inmigrantes en la educación inicial y primaria pública uruguaya (Monitor Educativo ANEP Informe de Inmigrantes, 2023) indica que la cantidad de niños nacidos en el extranjero inscriptos aumentó 25% entre 2018 y 2022, pasando de 4.746 a 5.929 en el período.

**TABLA 1. PREVALENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA FUNCIONAL POR GRUPOS DE EDADES, 2024<sup>(A)</sup>**

Edad	Total de personas	Prevalencia	% sobre el total de personas con dependencia
0-4	888	0.5%	0.4%
5-14	10,898	2.4%	5.4%
Total niños	11,786	1.9%	5.9%
15-29	15,236	2.1%	7.6%
30-64	64,673	4.3%	32.1%
Total menores de 65	91,695	3.2%	45.5%
65-69	13,921	8.8%	6.9%
70-74	16,816	13.1%	8.3%
75-79	20,873	20.8%	10.4%
80+	58,160	36.1%	28.9%
Total 65+	109,770	20.0%	54.5%
Total	201,465	6.3%	100%

Notas: <sup>(A)</sup> Ver Recuadro 2 para una explicación metodológica del cálculo de prevalencias de la dependencia funcional para los distintos grupos de edad.  
Fuente: elaboración propia con base a los datos de Naciones Unidas (2024), Encuesta Longitudinal de Protección Social (2015), y Censo Nacional (2011).

**Recuadro 1: el concepto de dependencia**

La dependencia funcional se define como la necesidad de apoyo para la realización de las actividades de la vida diaria, debido a la falta de autonomía física, psíquica, o mental (SNIC 2017). Las actividades de la vida diaria se dividen en actividades básicas (aquellas que son fundamentales para la vida y el autocuidado, como comer, bañarse, o desplazarse dentro del hogar, por ejemplo), y actividades instrumentales (actividades que apoyan la vida independiente, como cocinar, o manejar las finanzas personales, por ejemplo).

La herramienta de valoración de dependencia utilizada por el SNIC, evalúa la dificultad y necesidad de ayuda que tienen las personas en 13 actividades básicas e instrumentales, que se ponderan en función a la edad de la persona evaluada. Dependiendo del tipo de actividades en los que requieran asistencia y de la intensidad de la misma, clasifica la dependencia en tres niveles: (1) Dependencia severa y total: personas que necesitan de apoyo de terceros para realizar actividades básicas de la vida diaria; (2) Personas con necesidad de apoyo de terceros para salir del hogar, realizar tareas domésticas y/o quienes tienen una discapacidad moderada en áreas de autocuidados, movilidad, orientación o funcionamiento mental básico sin llegar a los altos niveles de dependencia considerados en el grupo anterior; (3) personas que necesitan apoyo de terceros para determinadas actividades y se podrían beneficiar de algún componente del Sistema de Cuidados dependiendo de la intensidad y frecuencia de la ayuda que necesite y puede complementarse con otros servicios de prestaciones (por más información ver SNIC (2017)).

Finalmente, debe tenerse en cuenta que la definición de dependencia no se reduce exclusivamente a una dimensión biológica, sino que también depende del contexto, que puede

proveer instrumentos y oportunidades para garantizar la autonomía funcional. En otras palabras, la existencia de limitaciones funcionales no necesariamente significa dependencia. Una persona ciega, por ejemplo, puede ser completamente autónoma en el desarrollo de sus actividades diarias y, por lo tanto, no encontrarse en situación de dependencia.

En total, entonces, se estima que hay 411,682 personas dependientes de cuidados en Uruguay<sup>8</sup>. Un 51% (210 mil) son niños de 0 a 5 años, sin limitaciones funcionales, que necesitan los cuidados propios al proceso de desarrollo. El resto (49%, 201 mil personas) son personas en situación de dependencia funcional, debido a limitaciones físicas, sensoriales, mentales, o cognitivas, que requieren de apoyo de terceros para desarrollarse en su vida diaria. Un poco más de la mitad de las personas en este último grupo son mayores de 65 años.

## **Recuadro 2: el cálculo de la prevalencia de la dependencia funcional en Uruguay**

La falta de datos que permitan evaluar la dependencia funcional a lo largo del ciclo de vida en la población uruguaya supone un desafío para el análisis. Los datos disponibles que más se acercan a una aproximación de la dependencia funcional son los provenientes de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) de 2015. Esta encuesta indaga, para la población mayor de 16 años, sobre la presencia de limitaciones físicas, sensoriales, y cognitivas, por un lado, y sobre la presencia de dificultades y necesidad de ayuda en un conjunto actividades de la vida diaria, por otro.

Para estimar la prevalencia de la dependencia funcional para la población mayor de 15 años, se realizó un ejercicio de correspondencia entre las preguntas incluidas en la ELPS 2015 y las utilizadas en el baremo oficial de dependencia utilizado por la SNCyD para evaluar a la población objetivo. Cabe destacar, sin embargo, que dado que ambos instrumentos difieren en las preguntas consideradas, las estimaciones que presentamos en este trabajo no necesariamente coincide con la que resultaría de la aplicación del baremo a nivel nacional, aunque se aproxima. En Villalobos (2015), Anexo 4, se incluye un análisis más detallado de la metodología utilizada y los supuestos detrás de las estimaciones.

Para la población menor de 16 años, no es posible hacer este ejercicio, ya que no se dispone de una fuente a nivel nacional que indague sobre su funcionalidad. Por tal motivo, para esta población se utilizaron los datos de discapacidad como proxy a la dependencia funcional. Se calculó la prevalencia de la discapacidad entre las personas de 0 a 15 años con base en los datos del Censo 2011 (última información disponible al momento de la elaboración del informe), como la presencia de dificultades (de cualquier grado) para ver, oír, caminar, o aprender.

Sin embargo, como se menciona en el Recuadro 2, la presencia de limitaciones no implica necesariamente una situación de dependencia funcional. Para ajustar por este hecho, se supone que la relación entre discapacidad y dependencia entre la población de 0 a 15 años es el mismo que el vigente entre la población de 16 a 19 años, el cual sí es posible obtener de la ELPS. En promedio, se calcula que en esta franja etaria un 37% de la población con discapacidad se encuentra en situación de dependencia funcional. Ver Villalobos (2025), Anexo 4, para un mayor detalle sobre la metodología y resultados obtenidos.

---

<sup>8</sup> A esta cifra habría que sumarle casi 330 mil niños más con edades de 6 a 12 que, estrictamente, también forman parte de la población objetivo del Sistema.

Para determinar las necesidades de cuidados, no solo es importante mirar la presencia o no de dependencia, sino también su intensidad (ver Recuadro 1). En este sentido, en términos relativos, la intensidad de la dependencia es mayor entre los niños pequeños, de 0 a 4 años, y entre las personas mayores de 80. En efecto, mientras entre el total de la población dependiente, un 17% se clasifica como dependiente severo este porcentaje aumenta a 40,5% entre la población de 0 a 4 años, y al 23,8% entre los mayores de 80 (Tabla 2).

**TABLA 2. COMPOSICIÓN DE LA DEPENDENCIA, POR GRUPO DE EDAD Y GRADO, 2024 (% DEL TOTAL)**

Edad	Leve	Moderada	Severa
0-4	30,3%	29,2%	40,5%
5-14	31,6%	47,3%	21,1%
15-30	29,2%	48,3%	22,5%
30-64	45,9%	44,3%	9,8%
65-79	44,6%	40,0%	15,5%
80+	40,5%	35,7%	23,8%
Todas las edades	41,9%	41,1%	17,0%

Fuente: estimaciones propias con base en datos de ELPS (2015) y Censo (2011). Ver Villalobos (2025) para más detalles.

A medida que la población siga envejeciendo, se espera que cambie la composición de la demanda de cuidados, con un aumento en la importancia relativa de los cuidados de personas mayores respecto al cuidado infantil (ver sección 5.1).

### 3.2. Factores socioeconómicos que afectan la demanda de cuidados: altos niveles de pobreza infantil y personas mayores que viven solas

Las características socioeconómicas de la población impacta la demanda de cuidados. La situación de vulnerabilidad económica de las familias, no solo impacta su capacidad de adquirir servicios en el mercado, sino que también es un determinante de su capacidad para proveer servicios no remunerados en el seno familiar, de sus preferencias, y —en parte— del acceso que puedan tener a los servicios públicos.

Uruguay es un país con aproximadamente un 10% de su población por debajo de la línea de pobreza, la cual se concentra fundamentalmente en la infancia. De acuerdo a un informe de la Organización de las Naciones Unidas –ONU– (ONU, 2023), aproximadamente el 44% de la población pobre son niños y adolescentes. Entre los niños menores de 6 años, la pobreza monetaria era en 2023 de 20,1% (INE, 2024). Esto representa 42.254 niños cuyos hogares no tienen las condiciones para satisfacer necesidades básicas. La pobreza continúa atravesando a estos niños durante su infancia y adolescencia: la tasa de pobreza entre los 6 y 17 años es de 18,1%. Además, el 43% de los niños entre 0 y 5 años pertenecen a hogares receptores de

transferencias no contributivas de Asignaciones Familiares - Plan Equidad (AFAM-PE) y/o de la Tarjeta Uruguay Social (TUS)<sup>9</sup>.

La pobreza y las necesidades básicas insatisfechas se asocian a condiciones prenatales adversas, bajo peso al nacer, privaciones materiales en el hogar (problemas de alimentación, vivienda y confort), inseguridad y maltrato, estrés parental, ausencia de estimulación y de promoción de la educación, acceso a una mala infraestructura educativa, sanitaria y de recreación, y efectos de pares negativos (Balsa y Zak 2025). Esto condiciona el desarrollo infantil, pudiendo desencadenar problemas cognitivos y socioemocionales, problemas de salud física y problemas de salud mental que se perpetúan a lo largo de todo el ciclo de vida. De acuerdo a elaboraciones propias en base a la Encuesta Nacional de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) de 2018, un 10% de los niños de 0 a 4 años en el tercil de menores ingresos mostraba retrasos de crecimiento, frente a 6% en el tercil superior.

Estas diferencias de desarrollo sugieren dos desafíos en términos de demanda. En primer lugar, una mayor necesidad por parte de los hogares de menores ingresos por servicios de educación y cuidados que contribuyan a darle al niño un ambiente afectuoso, seguro y estimulante, que promuevan y fortalezcan las competencias de crianza de las familias y acerquen a los hogares prestaciones y apoyos que contribuyan a descomprimir los estresores derivados de la pobreza. En segundo lugar, los niños que provienen de contextos de vulnerabilidad imponen una mayor exigencia para los centros que trabajan en su atención, exigiendo aproximaciones diferentes y niveles de capacitación específicos y altos. En contraste con la situación de la población infantil, la pobreza en la población entre 18 y 64 años es de 8,6% y la de 65 años o más de 1,9%.

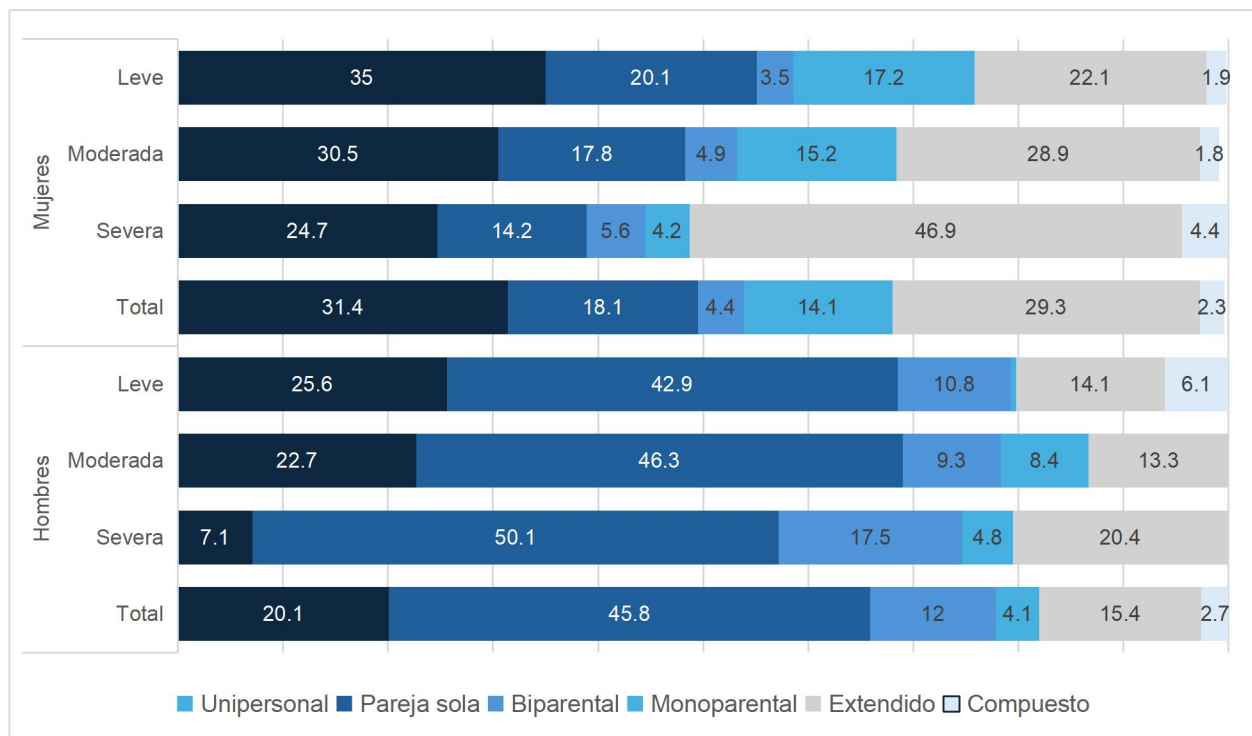
Los arreglos familiares también son un factor importante en la configuración de las soluciones de cuidados. En este sentido, la disminución en el tamaño de las familias y la creciente participación de las mujeres en el mercado de trabajo, reduce la red de cuidadores familiares disponibles para (y dispuestos a) realizar la tarea de manera no remunerada. Esta tendencia es principalmente acuciante entre las personas mayores y, en particular, entre las mujeres. En efecto, el 27% de las personas mayores de 65 años viven solas, mientras que el 33% vive con su pareja (presumiblemente, otra persona mayor).

El análisis de los arreglos de convivencia entre las personas mayores con dependencia funcional pone de manifiesto el rol de las mujeres como cuidadoras familiares: mientras que el 30% de las mujeres con algún grado de dependencia vive sola, solo el 20% de los hombres en esta condición lo hace; en cambio, la mayoría de los hombres con dependencia viven con su pareja (la mayoría mujeres también mayores) (Figura 2).

---

<sup>9</sup> La ECH muestra algunas discrepancias menores con los datos recogidos a través del Sistema de Información Integrada del Área Social (SIIAS). Más allá de estas discrepancias, la ECH es la única fuente que permite estimar pobreza, quintiles de ingreso y cruzar esta información con beneficios sociales.

**FIGURA 2. ARREGLOS DE CONVIVENCIA ENTRE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS CON DEPENDENCIA FUNCIONAL, POR SEXO Y GRADO DE DEPENDENCIA (2015).**



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

En el caso de la infancia, la mayoría de los niños de 0 a 5 años vive en hogares nucleares (71%), seguidos de hogares extendidos o compuestos (18,6%). Por otro lado, un 9% de los niños vive en hogares monoparentales. La proporción de niños en hogares monoparentales y en hogares extendidos aumenta en el caso de los hogares de menores ingresos (tercil 1) asciende a 17% y 25%, respectivamente.



## 4. Oferta de servicios de cuidados en Uruguay

En esta sección presentamos los servicios de cuidados que existen en el país, tanto para la infancia como para la población en situación de dependencia a lo largo del ciclo de vida. El análisis se enfoca en los servicios que forman parte del paraguas institucional del SNIC, sean o no ejecutados por éste. Se incluyen también otros servicios, que no forman parte del SNIC, pero que debido a su cobertura o a su valorización por parte de la sociedad, se consideran importantes en el esquema de cuidados del país. Para cada población objetivo (infancia y personas en situación de dependencia), presentamos los servicios que existen, para luego realizar un análisis crítico de los principales desafíos que se observan en términos de cobertura y de calidad.

### 4.1. Servicios de cuidados para la población infantil

La Tabla 3 muestra las principales prestaciones del SNIC para la primera infancia e infancia, detallando su población objetivo, las modalidades en las que se brindan los servicios, en términos de días y horas, y los organismos responsables por la rectoría, la ejecución y el financiamiento de cada uno. Además de los programas que se muestran en la tabla, deben considerarse también, los programas de apoyo a la parentalidad con perspectiva de género (Parentalidades Comprometidas de INAU), y las políticas de tiempos (subsidios y licencias parentales de BPS), como parte de una oferta global que incluye, además de servicios directos, programas de apoyo a los cuidados familiares. Este reporte refiere solamente a los servicios de cuidados directo. Un análisis más detallado de todos los servicios –incluyendo los servicios de apoyo a los cuidados parentales– puede encontrarse en Balsa y Zak (2025).

**TABLA 3: PRESTACIONES DE EDUCACIÓN Y CUIDADOS DE PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL MARCO DEL SNIC**

Programa	Población objetivo	Modalidad	Rectoría y supervisión	Ejecución	Financiamiento
Plan CAIF: Centros de Atención a la Infancia y a la Familia	Niños y niñas de 0 a 3 años y sus familias	Modalidad semanal de 0 a 24 meses (Experiencias Oportunas) y diaria 1, 2 y 3 años de 4 hs. y 8 hs. (Educación Inicial)	INAU	OSC	Mixto: INAU (RRGG); Intendencias Municipales (terrenos o inmuebles en comodato)
Centros de Atención a la Primera Infancia (CAPI)	Niños y niñas de 45 días a 3 años en situación de pobreza o vulnerabilidad social y sus familias	Modalidad diaria, permitiendo atención de 8 hs. y ajuste de horarios	INAU	INAU	Público: INAU (RRGG)
Centros Comunitarios de Educación Infantil, (CCEI; ex Nuestros Niños)	Niños y niñas de 6 meses a 3 años	Modalidad diaria, entre 4 y 8 hs.	INAU	OSC	Público: INAU (RRGG)
Casas Comunitarias de Cuidados	Niños y niñas de 6 meses a 3 años	Modalidad diaria, según necesidad de las familias, 4, 6, u 8 horas	INAU (diseño de SNCyD)	OSC	Público: INAU (RRGG)
Espacios para hijos e hijas de estudiantes	Niños y niñas de 0 hasta los 5 años de edad (aunque en la práctica asisten niños de hasta 12 años).	4 hs diarias en centros cercanos a centros educativos de ANEP, cobertura a contra horario de servicios de edu inicial.	INAU (diseño de SNIC); ANEP	OSC	Público: INAU (RRGG)
Centros SIEMPRE	Niños y niñas de 0 a 12 años (prioridad en 0 a 3), cuyas familias están vinculadas a sindicatos y/o empresas, o familias en situación de vulnerabilidad en la zona de referencia	Servicio abierto hasta 12 horas diarias; niños concurren en forma flexible entre 4 y 8 horas.	INAU (diseño de SNCyD)	Empresas privadas y organismos públicos; sindicatos; OSC	Mixto: INAU (RRGG); empresas; sindicatos; intendencias
Becas de Inclusión Socioeducativa (BIS)	Niños de 45 días hasta los 3 años en situación de vulnerabilidad con dificultad de acceso a oferta de servicios públicos	Becas para la atención diaria en centros privados de primera infancia de hasta 8 horas	SNCyD; INAU	SNCyD; Centros privados de primera infancia	Público: MIDES (RRGG)
Jardines y Escuelas ANEP nivel 3	Niños y niñas de 3 años	Atención 4 hs en jardines / esc, comunes, 7,5 hs en jardines y esc, tiempo completo o 4 - 8 hs en escuelas Aprender / jardines tiempo extendido	ANEP-DGEIP	ANEP-DGEIP	Público: ANEP (RRGG)

Notas: ANEP = Administración Nacional de Educación Pública, DGEIP = Dirección General de Educación Inicial y Primaria, INAU = Instituto del Niño y el Adolescente, OSC = Organizaciones de la Sociedad Civil, RRGG = Rentas Generales  
Fuente: Elaboración propia

La población objetivo de los servicios de cuidados para esta población se determina con base en la edad de los niños. Si bien la Ley 19.353 establece a los niños de 0 a 12 años como población objetivo del sistema para el caso de la infancia, desde sus inicios – y atendiendo a razones de restricción presupuestal – el sistema ha puesto un mayor foco en la primera infancia (niños de 0 a 3). Es en esta franja etaria que se concentra el análisis presentado.

En ciertos casos, la vulnerabilidad socioeconómica es un criterio de priorización para el acceso, aunque no existen hasta el momento reglas claras para la determinación de la vulnerabilidad. El financiamiento está a cargo del sector público a través de Rentas Generales, salvo en el caso de los centros SIEMPRE, que cuentan con financiamiento mixto (los actores privados o la comunidad proporcionan la infraestructura, el equipo inicial y el mantenimiento, e INAU financia los recursos humanos requeridos).

Para los niños de 0 a 3 años, los Centros de Atención a la Infancia y a la Familia (CAIF) constituyen la principal apuesta de oferta pública de educación y cuidados a nivel nacional. El Plan CAIF es una política interinstitucional donde el órgano que regula, supervisa y financia es el INAU, y quien gestiona es una organización de la sociedad civil que lleva adelante el centro de atención. El Plan tiene como foco la priorización de familias en situación de pobreza y/o vulnerabilidad social, por lo que su objetivo, además, es acercar a las familias a las instituciones y alcanzar una mayor inclusión social.<sup>10</sup>

El Plan contiene dos modalidades de atención: i) el programa de atención diaria (o Educación Inicial), dirigido a niños de 1 a 3 años y sus familias, y ii) el programa de Experiencias Oportunas (EO) para niños de 0 a 2 años y sus familias, modalidad que está organizada en un taller semanal de aproximadamente 3 horas de duración donde participa el niño junto con el padre, madre u otro referente de cuidados, junto con otras familias y el equipo técnico (psicomotricista, trabajador social) del Centro CAIF. El Programa de Experiencias Oportunas busca promover el desarrollo infantil, así como el vínculo del niño o niña con la persona que lo cuida. Además, tiene como objetivo generar un vínculo con el centro educativo, con el objetivo final de que el niño o niña se integre finalmente a la modalidad de atención diaria.

Para esta franja etaria (0 a 3), se suman además otros programas, algunos preexistentes al SNIC y otros que comienzan a tener mayor impulso a partir de su creación y que pretenden diversificar la oferta de cuidados apostando a una mayor flexibilidad para las familias y a una oferta de atención diaria para niños pequeños que incluso alcance las 8 horas de atención. Entre los servicios preexistentes los segundos más importante –después de CAIF– son los jardines de ANEP, que incluyen los jardines comunes, con una atención de 4 horas diarias, y otras opciones de horario extendido como los jardines de las Escuelas Aprender y de Escuelas de Tiempo Completo. Otros servicios preexistentes son los centros CAPI y los Centros Comunitarios de Educación Infantil (CCEI, ex programa Nuestros Niños).

Entre los programas creados a partir de la instalación del SNIC, se encuentran los centros SIEMPRE, las Casas Comunitarias de Cuidados (CCC), y los Espacios para Hijos e Hijas de Estudiantes (EHE), y las Becas de Inclusión Socioeducativa (BIS).

A partir de los 4 años, la educación es obligatoria en el país, bajo la dirección de ANEP. Existen, además, algunas soluciones de cuidados más allá de la educación obligatoria para los niños de estas edades, como los Espacios para Hijos e Hijas de Estudiantes – que en teoría trabajan con niños hasta los 5 años, pero en la práctica reciben niños de hasta 12 años– y los centros SIEMPRE –que reciben niños hasta los 12 años– aunque su cobertura es baja (como se verá en la siguiente sección).

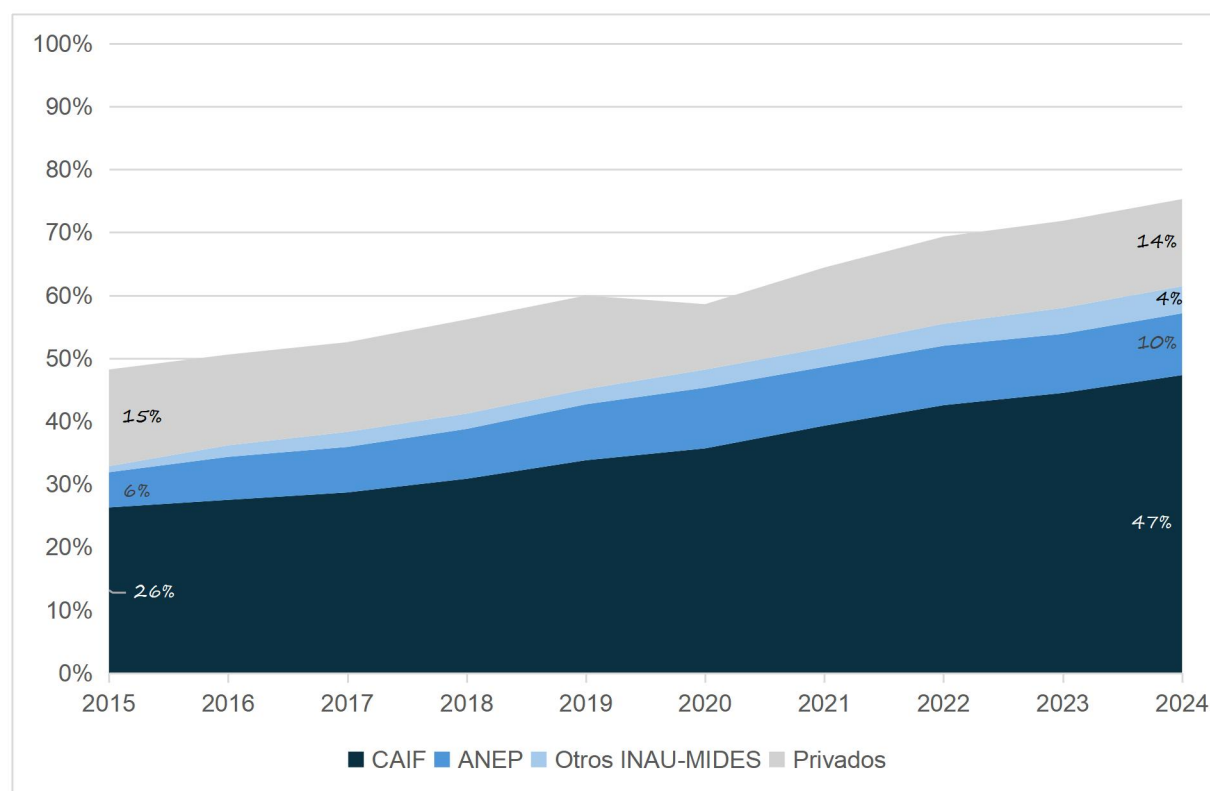
---

<sup>10</sup> Generar políticas sociales “encaminadas a enfrentar el grave deterioro de las condiciones de bienestar que afectaban a importantes grupos de la población” fue uno de los objetivos iniciales del Plan, tal como figura en el documento original de presentación, *Plan Nacional de Atención Integral al Menor, la Mujer y la Familia en situación de pobreza en Uruguay (1988-1991)*, Montevideo: MRREE, OPP, MEC, MTSS, MSP y UNICEF.

### 4.1.1. Cobertura y focalización de los servicios de cuidados para la infancia

Durante los últimos diez años, la cobertura de los servicios de educación y cuidados para la infancia ha venido en franco ascenso. Se estima que en 2024 el 75% de los niños de 0 a 3 años asistían a algún centro de educación o cuidados, un aumento de 27 puntos porcentuales con respecto a 2015. La oferta de servicios públicos, liderada por la expansión del Plan CAIF, sumado a la caída en la tasa de natalidad, ha jugado un papel clave en este aumento de la cobertura, pasando de 33% a 61% en el período (Figura 3).

**FIGURA 3. EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA DE SERVICIOS DE EDUCACIÓN Y CUIDADOS PARA NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS**



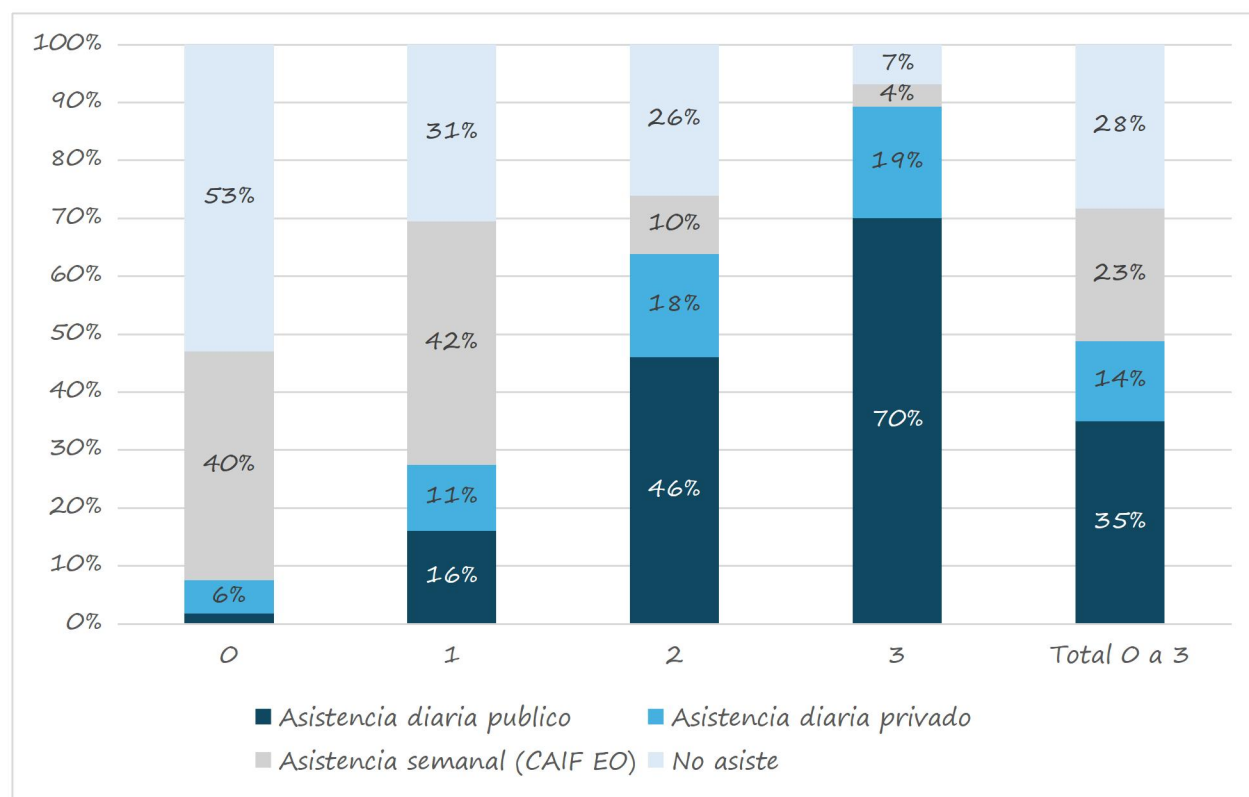
Nota: "Otros INAU-MIDES" incluye CAPI, CCEI, SIEMPRE, CCC, BIS, EHHE.

Fuente: elaboración propia con base en datos de SIIAS y estadísticas vitales del MSP.

Esta evolución general esconde, sin embargo, importantes brechas de cobertura en lo que refiere a servicios de cuidados diarios. En efecto, un análisis más detallado del tipo de servicio al que acceden los niños de 0 a 3 años en el país revela que solo el 68% de los niños que asisten a un centro lo hacen en forma diaria, lo que corresponde a una cobertura del 49% del total de niños en el país en esa franja etaria. El resto de los niños que se consideran como cubiertos en la Figura 3 asiste al programa de Experiencias Oportunas de CAIF, en modalidad semanal, por lo que sus necesidades diarias de cuidados seguramente se estén resolviendo en el ámbito familiar.

Las brechas de cobertura son más acuciantes entre los más pequeños. Entre los niños de 0 a 12 meses, solo un 8% asiste a un centro de forma diaria, y entre los de 1 año, la asistencia diaria es del 27%. La cobertura diaria crece con la edad de los niños, alcanzando el 64% de los niños de 2 y el 89% de los niños de 3 años (Figura 4).

**FIGURA 4. COBERTURA DE SERVICIOS DE CUIDADOS INFANTILES, POR TIPO DE SERVICIO Y EDAD**



Nota: “Asistencia diaria público” incluye CAIF, ANEP, CAPI, CCEI, SIEMPRE, CCC, BIS, EHHE.

Fuente: elaboración propia en base a SIAS a junio de 2023. SNCyD para los datos de BIS a julio de 2023. Estadísticas Vitales de MSP; Anuario Estadístico de Educación. MEC, 2022; ECH 2023. Distribución de asistencia diaria a CAIF y al Programa EO en base a ENDIS 2023. \*Se considera el total de niños inmigrantes inscriptos en educación inicial de ANEP (Monitor Educativo ANEP Informe de Inmigrantes, 2023), se asigna la misma distribución por edades que tiene la matriculación de ANEP en nivel 3. 4 y 5.

En parte, la baja asistencia de los niños tan pequeños (menores a 1 año), se puede explicar por las preferencias de las familias. Por el contrario, para edades más grandes, las razones de no asistencia pueden estar más vinculadas a disponibilidad y otras barreras de oferta, en particular la inflexibilidad horaria y el transporte al centro (Equipos Consultores 2022).

En relación al primer punto, si bien la mayoría de los programas ofrecen modalidades de atención de hasta ocho horas diarias, la proporción que hace uso del horario “extendido” es baja. Por ejemplo, el 80% de los niños de nivel 3 de ANEP tiene una jornada de cuatro horas, mientras que en CAIF, los cupos permiten cubrir solo al 10% de los niños de 2 años y al 16% de los niños de 3 años con una atención diaria de ocho horas<sup>11</sup> (Anuario Estadístico de Educación 2022, MEC; Registro de modelos de Centros de Primera Infancia, INAU). La necesidad de ampliar la cobertura diaria y de extender y flexibilizar los horarios de atención son

<sup>11</sup> No existen datos reales sobre la asistencia horaria de los niños en CAIF, por lo que el análisis se basa en la disponibilidad de cupos en los centros.

barreras identificadas por las familias en un estudio de SNIC-DINTAD (2021). En relación al segundo punto (el transporte o la distancia al centro), muchas familias se trasladan al centro a pie, lo que se vuelve problemático cuando el clima es inhóspito.

La oferta de cuidados diaria está concentrada en los centros CAIF y en los jardines privados, que representan 44% y 28% respectivamente de la matrícula diaria de 0 a 3 en el país; le siguen los jardines ANEP, con un 19% de la matrícula total, y el resto es atendido por otros servicios más pequeños de MIDES/INAU, que juntos atienden al 8% de los niños que asiste diariamente a un centro (Tabla 4).

**TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LA ASISTENCIA DIARIA EN NIÑOS POR TIPO DE CENTRO, SEGÚN EDAD (% DEL TOTAL CON COBERTURA DIARIA)**

Edad	CAIF	ANEP	Otros INAU-MIDES	Privados
0	n.c	n.c	24%	76%
1	41%	n.c	18%	41%
2	63%	n.c	9%	28%
3	35%	39%	4%	22%
Total 0 a 3	44%	19%	8%	28%

Nota: "Otros INAU-MIDES" incluye CAPI, CCEI, SIEMPRE, CCC, BIS, EHHE; n.c. = no corresponde

Fuente: elaboración propia con base en datos de SIAS a junio de cada año y a INAU, Estudios de Población y Proyectos

Un indicador de la demanda insatisfecha es la existencia de listas de espera para el acceso a los servicios. En este sentido, un 34% de los centros CAIF del país tienen lista de espera en Educación Inicial Nivel 1, un 62% tiene lista de espera en Nivel 2 y un 41% tiene lista de espera en Nivel 3. Además, un 61% de los centros del país tiene una matrícula mayor al cupo disponible según su estructura. Ningún centro del país presenta lista de espera en Experiencias Oportunas, lo que indica un exceso de oferta para este programa.

Casi el 65% de los niños que hacen uso de los servicios públicos de cuidados pertenecen a familias vulnerables que reciben transferencias no contributivas (TUS simple, TUS doble, o AFAM-PE). Esto significa un aumento con respecto al período 2017-2022, años en los que la participación de los niños de familias vulnerables en los servicios rondaba el no llegaba al 60% (Tabla 5).

Parte de esta mejora en la focalización se debe a esfuerzos concretos que se realizaron desde MIDES/INAU en el marco del SNIC como, por ejemplo, la creación de programas con foco específico en esta población, como las becas BIS, o la campaña para atraer a niños de familias vulnerables al Programa de Experiencias Oportunas de CAIF.

**TABLA 5. NIÑOS (0 A 5 AÑOS) PERTENECIENTES A HOGARES QUE RECIBEN TRANSFERENCIAS NO CONTRIBUTIVAS, POR TIPO DE CENTRO, 2016-2023 (% EN EL TOTAL DE NIÑOS ATENDIDOS POR CENTRO).**

	CAIF	ANEP	BIS	CAPI	CCEI	SIEMPRE	CCC	EHHE	Total
2016	61%	58%	87%	60%	60%	s.d	s.d	s.d	59.2%

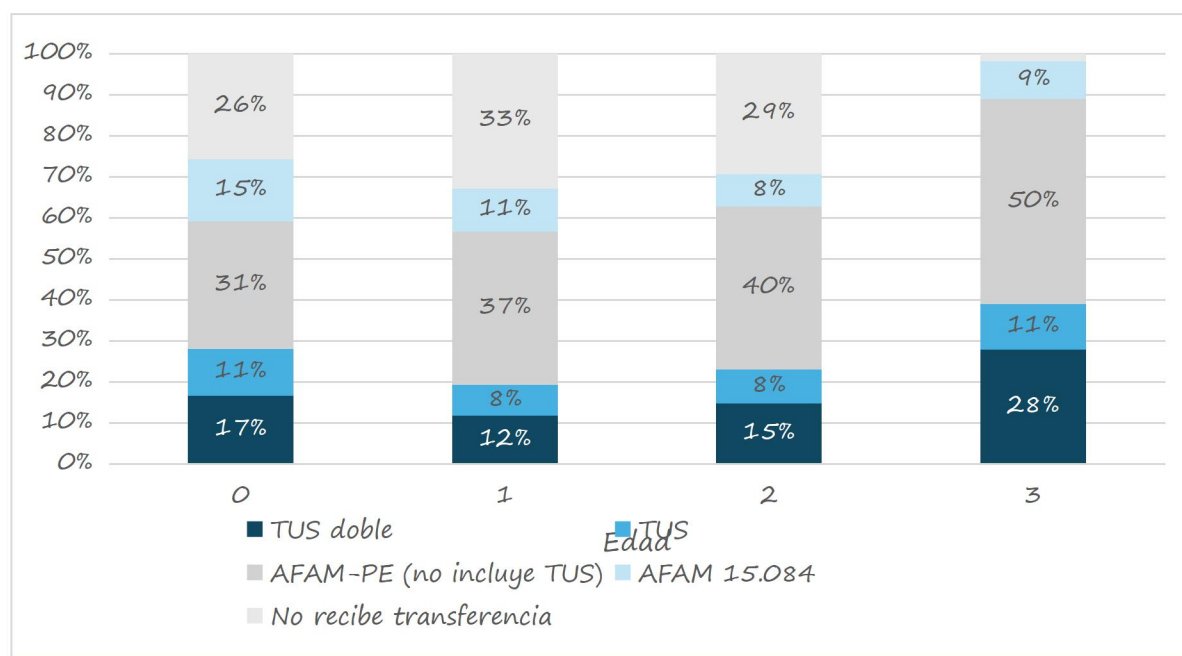
2017	60%	59%	90%	61%	60%	s.d	s.d	s.d	59.4%
2018	60%	59%	87%	57%	58%	s.d	s.d	s.d	59.4%
2019	60%	58%	87%	s.d	57%	s.d	s.d	s.d	58.9%
2020	59%	57%	83%	55%	56%	52%	56%	66%	58.1%
2021	59%	56%	82%	54%	54%	36%	56%	64%	57.6%
2022	62%	59%	83%	54%	57%	43%	50%	64%	60.4%
2023	67%	63%	87%	58%	66%	44%	59%	71%	64.9%

Notas: n.c = no corresponde ; s.d = sin dato

Fuente: elaboración propia con base en datos de SIAS.

A pesar de estos esfuerzos, todavía existe un porcentaje importante de niños pertenecientes a familias vulnerables que no asiste a ningún centro de educación o cuidados. Aproximadamente un 60% de los niños entre 0 y 2 años no cubiertos integra hogares beneficiarios de AFAM-PE y/o TUS. Para el caso de los niños de 3 años no cubiertos (2.256), el 89% viene de hogares que reciben AFAM-PE y/o TUS; es decir, en su gran mayoría se trata de niños que se encuentran en hogares con niveles socioeconómicos bajos (Figura 5).

**FIGURA 5. : DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS NO CUBIERTOS SEGÚN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD Y EDAD (0 A 3 AÑOS).**  
**2023**



Fuente: elaboración propia en base a SIAS a junio de 2023. Estadísticas Vitales MSP. Anuario Estadístico Educativo MEC 2022 y ECH 2023

## 4.1.2. Calidad de los servicios de cuidados para la infancia

### Regulación y supervisión

En 2008 se creó con la Ley 18.437 el Consejo Coordinador de la Educación en la Primera Infancia (CCEPI), que opera como un órgano coordinador y promotor de la calidad de los servicios de educación y cuidados para la primera infancia en Uruguay. Está integrado por representantes del MEC, DGEIP (ANEP), INAU, MSP, de los educadores de primera infancia (SINTEP) y de los Centros de Educación Infantil Privados. La SNCD, UCC y UNICEF participan en el CCEPI como invitados permanentes con voz y sin voto.

El CCEPI tiene como cometido la promoción de una educación de calidad en la primera infancia, la profesionalización de los educadores, el asesoramiento al INAU en la supervisión y orientación de los centros de educación infantil privados y la coordinación y articulación de proyectos y políticas educativas nacionales y para la primera infancia. A nivel institucional, existe un documento elaborado por CCEPI de 2015 en el cual se recomiendan estándares mínimos para la autorización y funcionamiento de Centros de Educación Infantil para niños de 0 a 5 años (Requisitos mínimos para acceder a la autorización, CCEPI). Sin embargo, sus recomendaciones no son vinculantes para las instituciones. El CCEPI, junto a Uruguay Crece Contigo, también es responsable del diseño del marco curricular.

La supervisión de los centros está a cargo del Programa Primera Infancia (PPI) en el caso de los centros pertenecientes a INAU, por un lado, y de la Inspección Nacional de Educación Inicial (INEI) – perteneciente a la Dirección General de Educación Inicial y Primaria (DGEIP) – en el caso de los centros pertenecientes a ANEP, por otro.

Desde 2021, el INAU también es responsable de supervisar la calidad de los centros privados, pero en este caso, no se han fijado estándares oficiales que los centros deban cumplir, aunque INAU tiene la capacidad de clausurar un centro si considera que no cumple con estándares de calidad mínimos.

### Medición de la calidad

#### *Calidad de los centros*

Hay dos tipos de indicadores que se utilizan para medir la calidad de los centros de primera infancia. Los indicadores estructurales miden características del centro como el nivel de formación de los recursos humanos, la relación adulto-niños, los requerimientos de espacio o las prácticas de alimentación. Los indicadores de proceso miden aspectos como la calidad de la interacción educador-niño, las experiencias de interacción del niño con otros y con los materiales, la efectiva implementación del currículo educacional por parte de los maestros y el trabajo con las familias (Pianta et al., 2009). La literatura sugiere que los indicadores estructurales son condición necesaria, pero no suficiente para garantizar calidad.

Existen distintos instrumentos para medir la calidad en estas dos dimensiones. En Uruguay, los que más se han utilizado para medir calidad en centros de primera infancia es el ITES (Escala de Calificación del Ambiente de la Infancia Temprana) para niños de 0 a 3 años y ECERS-R (Escala de valoración del entorno en la primera infancia) para niños de 2 años y medio a 5 años. Además, a nivel nacional, en un esfuerzo intersectorial compuesto por integrantes del equipo de la Universidad de la República, Sistema de Cuidados, INAU y ANEP, se creó un instrumento de evaluación alternativo (IEC: : Indicadores de Evaluación de Calidad de Centros de Educación y Cuidados) para niñas y niños de 0 a 3 años.



Sin embargo, y a pesar de estos avances, la medición de la calidad de los centros en Uruguay es voluntaria y no se digitaliza. De entrevistas con informantes calificados de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), surge que según un relevamiento de 2022, de los 460 CPI, solo 60 tenían mediciones de calidad de centro.

### *Calidad de la atención y efectos en el desarrollo*

Además de la calidad de los centros, es importante medir los efectos de la calidad de la atención en el desarrollo cognitivo, socioemocional, y motriz de los niños. Tanto los centros CAIF como ANEP aplican distintos instrumentos con este objetivo.

El Plan CAIF tiene una batería de instrumentos de screening, tanto del niño como de su contexto familiar. Para los niños menores de 24 meses se utiliza la Escala de evaluación del desarrollo psicomotor; para niños mayores a 24 meses se usa la Pauta Breve de Tamizaje, un screening creado a partir del Test de Evaluación Psicomotriz de 2 a 5 años (TEPSI). Para el caso de las familias, hay instrumentos creados para evaluar las prácticas de crianza y la disponibilidad emocional del adulto (en particular, el Instrumento de Prácticas de Crianza del Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales).

Sin embargo, los resultados de estas mediciones no son ingresadas a los sistemas de información de INAU, por lo que no existe información del desarrollo de los niños que asisten a estos centros o del ambiente de su hogar a nivel nacional (Urbey 2023). Tampoco está claro el uso que se le da a estos instrumentos a nivel de centro o supervisión.

En los jardines y escuelas públicas de niveles 3, 4 y 5 de DGEIP-ANEP se aplica el Inventario Nacional de Desarrollo Infantil (INDI), creado por la Facultad de Psicología de la UDELAR en 2015, que permite evaluar aspectos del desarrollo del niño vinculados a la disposición para la escolarización. Esta información es cargada por el maestro en la plataforma GURI<sup>12</sup>, que se sistematiza luego en indicadores que permiten evaluar los posibles riesgos de alteraciones de desarrollo del niño. La herramienta es utilizada por más del 90% de los educadores y se releva dos veces al año (mayo y en octubre).

### Estándares, diagnóstico y desafíos en torno a la calidad de los centros de cuidados a la infancia en Uruguay

Uno de los principales indicadores a nivel global para medir la calidad de los centros refiere al ratio niños/adultos. El CCEPI sugiere, para los centros de cuidados y educación inicial en Uruguay, un ratio de 3 niños por adulto en el nivel 0, ratio que va aumentando paulatinamente hasta llegar a 15 niños por adulto en nivel 3, y 20 niños por adulto en niveles 4 y 5. En los niveles de 0 a 2, las exigencias propias de los centros, sin embargo, son inferiores a lo exigido por el CCEPI (Tabla 4). En particular, para los niños de 2 años, el requisito para CAIF, CAPI y CCEI es de 1 adulto cada 12 niños, casi el doble de lo que plantea el CCEPI.

---

<sup>12</sup> GURI es un sistema web del CEIP que permite la gestión unificada de registros e información. Es administrado por la DGEIP, y permite tener una base de datos actualizada de docentes y estudiantes y unificar las gestiones a nivel nacional (ver <https://ceibal.edu.uy/institucional/articulos/que-es-guri/>)

**TABLA 6: NÚMERO DE NIÑOS POR ADULTO POR PERFIL DE CENTRO**

	Nivel 0 año	Nivel 1 año	Nivel 2 años	Nivel 3 años	4 y 5 años
Sugerencia CCPI	3	5	7	15	20
CAIF	-.-	6	12	15	n.c
CAPI	3 o 4	6 o 7	12	15	n.c
CCEI	3	6 o 7	12	15	n.c
CCC	5 cada 2 adultos; 9 cada 3 adultos	5 cada 2 adultos; 9 cada 3 adultos	5 cada 2 adultos; 9 cada 3 adultos	n.c	n.c
SIEMPRE	3	5	7	15	15
EHE	3 (máx. 20 niños)	5	7	15	15
DGEIP ANEP	n.c	n.c	n.c	15 #	25
CPI privados	3 (+ otro adulto en el centro)	5 (+ otro adulto en el centro)	7 (+ otro adulto en el centro)	15 (+ otro adulto en el centro)	20

Notas: #: Se permite hasta el doble si hay otro adulto en el centro, no tiene que ser maestro; n.c = no corresponde  
Fuente: Elaboración propia en base a información de INAU y ANEP

En 2019 había cerca de 8.500 trabajadores en funciones de docencia directa en los centros de primera infancia financiados por INAU o ANEP. Por su parte, el Anuario Estadístico de ANEP registra para 2019 2.365 responsables de sala y educadores en Centros de Primera Infancia privados supervisados por INAU y 2.086 para 2022. Estas cifras permiten estimar, para 2019, un personal de docencia directa en centros de primera infancia y preescolar (0 a 5 años) en el entorno de los 10.788 educadores y maestros. No nos es posible estimar esta cifra para un período más reciente por falta de datos de recursos humanos en los centros financiados por el INAU.

Más allá de su cantidad, la calidad de los recursos humanos es fundamental al momento de evaluar la atención brindada. El ratio niños/adulto presentado en la Tabla 4 no dice nada sobre la formación que deben tener los adultos que cuidan a los niños en sala. Al respecto, los centros tienen diferentes exigencias en cuanto al perfil de los cuidadores/educadores y de los directores de los centros, que van desde maestros, auxiliares, y otros profesionales como psicólogos, psicomotricistas, o trabajadores sociales (Tabla 5).

En los centros CAIF, se exige un maestro responsable (director del centro) con una carga horaria de 40 horas semanales (o, en su defecto, dos maestros de 20 horas cada uno). Este maestro se debe ocupar adicionalmente de la coordinación pedagógica de todas las unidades de atención y de aspectos de gestión del centro.

En CAPI, al igual que en CAIF hay un maestro con entre 25 y 30 horas semanales que se dedica a la coordinación pedagógica. Pero a diferencia de CAIF, este maestro no debe asumir las tareas de gestión, sino que el centro dispone de unas 60 horas adicionales asignadas a tareas de dirección, coordinación y supervisión. También CCEI exige un maestro en la dirección. En los otros centros supervisados por INAU (SIEMPRE, Espacio HH estudiantes, CCC, CPI privados) alcanza con que el coordinador tenga formación en primera infancia de 500 horas mínimas).

Por su parte, el personal docente a cargo de las salas está conformado en general por educadores con alguna formación en primera infancia, pero no necesariamente de nivel terciario. Como consecuencia de lo anterior, se observa una baja presencia de maestros con formación pedagógica terciaria de al menos 4 años en los centros de INAU.

En el caso de los centros de ANEP, tanto los directores como los responsables de salas deben ser maestros titulados, aunque para las clases en las que el ratio adulto-niño supera el pautado, se permite incorporar un auxiliar al que no se le exige formación en magisterio. En el caso de los centros privados, la regulación sobre recursos humanos es muy laxa: se exige que apenas un 50% tenga formación en primera infancia.

En lo que tiene que ver con otros especialistas, los centros CAIF, CAPI y SIEMPRE tienen equipos técnicos de psicólogo, psicomotricista y trabajador social que permiten un mayor involucramiento con las familias y sus contextos, atendiendo problemas multidimensionales y facilitando la articulación interinstitucional. En cambio, DGEIP tiene equipos de psicólogos y psicomotricistas que trabajan para múltiples centros y, por lo tanto, tienen una disponibilidad horaria menor.

**TABLA 7: REQUISITOS DE CALIFICACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS POR PERFIL DE CENTRO**

	Dirección/ Coordinación	Educadores/ maestros	Psicomotricista. Psicólogo. Trabajador social	Otros (talleristas, profesores especiales)	Servicios de cocina y limpieza y otros auxiliares
CAIF	1 maestro responsable (40 hs sem o 2 de 20hs) +1 coordinador de gestión	1 educador por sala según estructura del centro + volante	1 psicomotricista (18 hs sem)+ 1 psicólogo (12 hs sem) + 1 trabajador social (12 hs sem)		1 cocinero (40 hs sem). 1 o 2 auxiliares de cocina y limpieza (40 hs sem)
CAPÍ	1 director + 1 coordinador (60 hs sem)	1 educador (30 hs sem) + 1 maestro (20 hs sem)	1 psicólogo o trabajador social		Personal de cocina (30 hs sem y 40 hs contratadas); personal de limpieza (40 hs sem contratadas)
CCEI	1 director (40 hs sem), debe ser maestro	# educadores en función de # niños atendidos y ratios			1 educador alimentario (cocina) + 1 auxiliar de servicio
CCC	1 asesor técnico (5 hs sem)	3 educadores/cuidadores (1 cada 5 niños)			
SIEMPRE	1 coordinador (40 hs sem), debe ser técnico con formación en PI	# educadores referentes de sala en función de # niños	40 hs sem de psicomotricista, trabajador social, psicólogo	Tallerista (20 y 40 hs semanales para el tramo de 4 a 12 años)	1 educador auxiliar
Espacio HH estudiantes	1 coordinador (30 hs sem), debe ser educador o profesional con formación en PI	3 educadores (25 hs sem) con formación en PI	15 hs sem de psicomotricista, trabajador social, psicólogo		1 auxiliar de servicio
CPI privados	1 director	Educadores (50% con formación en primera infancia de al menos 500 horas)	Profesional		
DGEIP	1 director (titulado en magisterio)	Maestros		Profesores especiales (edu física, arte) para jardines de jornada completa.	Auxiliares de clase, auxiliares de servicio. Auxiliares de cocina y comedor.

Fuente: INEED (2024) con aportes adicionales propios en base a otras fuentes.

Hay pocas estadísticas disponibles sobre la calidad de los recursos humanos que conforman los centros de primera infancia en el país, aunque las estimaciones realizadas para este informe dejan entrever importantes brechas de formación, en particular en los centros de INAU y en el sector privado.

De acuerdo a datos de la Encuesta Continua de Hogares (2023), en el sector privado casi la mitad (46%) de los que trabajan como maestros de preescolar carece de un título terciario, y solo el 20% está titulado como maestro.<sup>13</sup> Entre los auxiliares, un 30% no culminó secundaria.<sup>14</sup>

Con respecto a los centros de INAU, un informe interno de 2019 muestra que solo el 17% de los que ejercen docencia directa (educadores) tenía educación terciaria, el 63% bachillerato completo y un 17% no alcanzaba a completar bachillerato. El 58% de los educadores había finalizado al menos una especialización en Primera Infancia.

En los jardines públicos de ANEP, el nivel de formación es más alto, con un 93% de quienes ejercen la docencia directa con el título de magisterio. La brecha en este caso parecería estar en los auxiliares de sala, con un 60% que no culminaron la educación media superior.

Estos datos, sumados a la necesidad de expandir la cobertura de la matrícula diaria en primera infancia, señalan la importancia de continuar formando educadores con títulos de nivel terciario..

Por último, existen desafíos en lo que respecta a la supervisión de los centros. Según un informe interno de OPP de 2020, estos desafíos incluyen : (i) falta de procesos concretos de priorización de beneficiarios en los diferentes centros de primera infancia; (ii) falta de información crítica para la toma de decisiones, incluyendo información de la demanda que enfrentan los centros (listas de espera), información sobre la modalidad de participación de cada niño en los centros (modalidad semanal, modalidad diaria de 4 horas, modalidad diaria de 8 horas), información sobre la asistencia de los niños a los centros (listas de asistencia) e información sobre desempeño de los centros (calidad de los centros, trabajo con las familias) y desarrollo de los niños<sup>15</sup>; (iii) procesos administrativos burocráticos y lentos que demoran las aperturas de los centros luego de construidos y generan costos evitables<sup>16</sup>; (iv) manejo de una diversidad demasiado grande de modelos de atención, que deriva en procesos administrativos engorrosos y dificulta el monitoreo y la supervisión; (v) procesos de supervisión centralizados desde Montevideo<sup>17</sup>, con escasas herramientas a nivel informático y con problemas para cumplir con todos los objetivos, incluso quedando varios centros sin supervisión; (vi) falta de incentivos que premien el buen funcionamiento de las OSC (no hay consecuencias por malos

---

<sup>13</sup> Si se consideran solo los maestros trabajando en "Enseñanza Preescolar y Primaria" en el sector privado, el porcentaje de maestros de preescolar sin formación terciaria se reduce a 33% y el porcentaje con titulación de maestro aumenta a 29%.

<sup>14</sup> Según un informe de Lavalleya y Piñeiro 2024 en base a ECH 2022 un 60% de trabajadores del ámbito enseñanza no tienen educación terciaria. Los autores estiman el déficit de formación en este ámbito en 3.964 personas, aunque no es claro cómo obtienen dicha cifra.

<sup>15</sup> De acuerdo a fuentes de INAU esta información se encuentra disponible en formato físico, y ya existe una cultura de relevamiento de esta información, el problema es que aún no se encuentra digitalizada.

<sup>16</sup> Desde OPP se ha señalado que algunos procesos licitatorios comenzaron después de que la construcción estaba finalizada, con duraciones de aproximadamente 8 meses en completarse, generando costos de utilización de locales sin contrapartida de prestaciones. Estas demoras han llevado, además, a que no se le pueda reclamar a la PPP por problemas de construcción, ya que cuando se empiezan a utilizar los locales, en general ya están vencidos los plazos para ejecutar las garantías. De acuerdo a fuentes de INAU, desde 2022 en adelante, si bien algunos procesos de construcción de CAIF demoraron más de 1 año (por ejemplo, CAIF en Rivera o en San Carlos), lo habitual ha sido que se construyan en menos tiempo. El llamado se hace generalmente antes que el centro esté construido (una vez que el Directorio aprueba la licitación de construcción). Las mayores demoras en este período han estado del lado del Directorio del INAU, especialmente cuando no se tenía certeza sobre la existencia de fondos y se suspendían los llamados; aunque también ha habido demoras porque no se han postulado OSC, algo que ha sucedido con bastante frecuencia.

<sup>17</sup> INAU envía supervisores al resto del país en forma mensual tanto para la realización de controles como para la orientación de los centros y el traslado de buenas prácticas. Si bien la supervisión desde el territorio permite en principio una mirada más informada de las necesidades y la realidad local, desde INAU se justifica este nivel de centralización por varios motivos: i) los horarios de ómnibus dificultan mucho coordinaciones entre departamentos del interior, mientras que desde Montevideo hay ómnibus para todos lados; ii) en localidades chicas, es difícil encontrar supervisores con suficiente nivel de independencia; iii) el INAU considera importante la rotación de supervisores cada tres años y muchas veces se dificulta encontrar personal idóneo a nivel local. De todas formas, actualmente el Programa Primera Infancia tiene algunos supervisores en el interior (5 en Salto, 2 en San José, uno en Paysandú, uno en Rocha y 6 o 7 en Ciudad de la Costa).

resultados)<sup>18</sup>; y (vii) falta de incentivos para que las OSC ofrezcan soluciones locativas (los incentivos son negativos, ya que INAU no apoya con gastos de mantenimiento en caso de que el local sea de la OSC).

En la misma línea, en noviembre de 2023, la Auditoría Interna de la Nación (AIN) informó que el 28% de los CAIF en funcionamiento a junio de 2023 (132 centros de 475), presentaba ausencia o debilidades en alguno de los pilares del control, no contando con director regional y/o supervisor asignado. En los casos en los que existen supervisores asignados, éstos no cuentan con herramientas suficientes para el desarrollo de todos los controles que deben realizar. El informe de la AIN también destaca desafíos en cuanto a la generación y procesamiento de la información, así como necesidades de mejoras edilicias<sup>19</sup>.

Parte de las debilidades de supervisión se explica por la falta de personal. A diciembre de 2024, INAU contaba con 36 supervisores para evaluar los 577 centros que dependen de la institución, lo que significa 17 centros por supervisor. El déficit de recursos humanos para la supervisión supone un reto aún mayor en el caso de los centros privados. Actualmente hay ocho supervisores para los 315 centros privados, lo que implica 39 centros por supervisor.

## 4.2. Servicios de cuidados para la población en situación de dependencia

En la Tabla 8 se describen los servicios disponibles para la población en situación de dependencia. Al igual que para el caso de los servicios de infancia, se describen brevemente la población objetivo, la modalidad en que se prestan los servicios, y los organismos encargados de su rectoría, ejecución, y financiamiento.

Como se puede desprender de la tabla, la oferta actual de servicios de cuidados ofrecida por el sector público para personas en situación de dependencia en Uruguay puede clasificarse en dos categorías de acuerdo al organismo y sector executor: servicios de cuidados ofrecidos e incluidos en el presupuesto ejecutado por el SNIC, servicios de cuidados ofrecidos por otros organismos cuya ejecución no depende del presupuesto del SNIC.

---

<sup>18</sup> Según el INAU el desafío es generar incentivos que no castiguen a las familias y a los niños, y que potencien (en lugar de destruir) al modelo de gestión por OSC.

<sup>19</sup> En un expediente con aclaraciones a esta auditoría, el INAU responde que los controles problemáticos son contables, básicamente por retrasos en el control de rendiciones en Montevideo. Recientemente se creó una unidad de contralor contable en INAU que mejoraría estos procesos y cada dirección departamental tiene además una unidad de contralor contable.

**TABLA 8. : PRESTACIONES DE CUIDADOS PARA LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN EL MARCO DEL SNIC**

Programa	Población objetivo	Modalidad	Rectoría	Ejecución	Financiamiento
Asistentes personales (AP)	Dependencia severa < 30 años > 79 años	Servicio de cuidado domiciliario 80 horas mensuales	SNCyD	SNCyD (Cuidados) BPS	Mixto Público: MIDES (RRGG) Privado: copagos
Facilitador de Autonomías en Ámbitos Educativos (FAAE)	Dependencia moderada/severa 3 a 15 años en institución educativa pública	Servicio de cuidado en escuelas Un Facilitador cada 3 niños	SNCyD	SNCyD ANEP	Público: MIDES (RRGG)
Apoyo Parcial	Dependencia moderada/severa 30 a 65 años	Servicio de cuidado domiciliario Hasta 20 horas mensuales	SNCyD	SNCyD (Discapacidad)	Público: MIDES (RRGG)
Centros de día	Dependencia moderada > 64 años	Servicio de cuidado diario en institución: 2, 3, o 5 veces por semana	SNCyD	SNCyD (Cuidados) OSCs Cooperativas Sociales o de Trabajo y otros	Mixto: Público: MIDES (RRGG) Privado: aportes de OSCs, Cooperativas Sociales o de Trabajo y otros
Teleasistencia	Dependencia moderada > 69 años	Servicio de telecuidado (botón de emergencia) en el hogar del beneficiario	SNCyD	Empresas privadas	Mixto Público: MIDES (RRGG) Privado: copagos
Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM)	Personas mayores Cualquier nivel de dependencia	Cuidados residenciales	INMAYORES, MSP	OSCs Empresas privadas	Privado
Programa de Apoyo al Cuidado Permanente	Personas mayores Cualquier nivel de dependencia	Subsidio para el realojamiento de personas en ELEPEM clausurados	SNCyD; INMAYORES	SNCyD (Cuidados)	Público: MIDES (RRGG)
Cupo Cama	Personas mayores Cualquier nivel de dependencia	Subsidio para el alojamiento de personas en ELEPEM	BPS	BPS	Públic: BPS (RRGG)

Fuente: elaboración propia

Además de los servicios que aparecen en la tabla, existen –al igual que en el caso de infancia– políticas de tiempo, como ser las licencias para padres con hijos con discapacidad y licencias para familiares de personas con discapacidad o enfermedad terminal que, si bien forman parte de las acciones de apoyo a los cuidados previstas por el SNIC, son reguladas por BPS y cubiertas por el sector privado. Se identifica una categoría de servicios adicional referente a otros servicios públicos de apoyo a la población objetivo que no son de cuidados, pero que contribuyen a la autonomía de las personas en situación de dependencia, como ser alojamiento, apoyos, rehabilitación y acceso a recursos. Estos servicios son: Centros de atención a niños, niñas y adolescentes con discapacidad (INAU), Centros de rehabilitación para personas con

discapacidad (Dirección de Discapacidad, SNCD), y Alojamientos con Apoyos (Dirección de Discapacidad, SNCD) (no incluidos en la tabla 6). Un análisis más detallado del funcionamiento de estos servicios se encuentra en Irazoqui y Papadopoulos (2025) y Salvador (2025).

En el caso de los servicios para las personas en situación de dependencia, la población objetivo se define con base a la edad y al grado de dependencia. Este último se mide utilizando un instrumento estandarizado (*baremo de dependencia*), que clasifica a la dependencia en tres niveles, dependiendo del grado de dificultad que reporten las personas para la realización de una serie de actividades diarias: leve, moderada, severa.

El financiamiento está mayoritariamente a cargo del sector público a través de Rentas Generales. En el caso de los programas de Asistentes Personales y Teleasistencia, se prevé un copago privado, que puede ser del 100%, 67%, 33%, o 0%, dependiendo de la situación socioeconómica de la familia.

#### 4.2.1. Cobertura y focalización de los servicios de cuidados para la población en situación de dependencia

Considerando la población en situación de dependencia de todos los niveles y de todas las edades, la cobertura de los servicios públicos de cuidados llega a casi el 12% (Tabla 9). Sin embargo, como se desprende de la Tabla 8, los servicios de cuidados que existen para la población dependiente difieren en sus reglas de elegibilidad, tanto en lo que refiere a la edad de la población que pretenden cubrir como en lo que refiere al nivel de dependencia al que se dirigen. Por este motivo, en lo que sigue se realiza un análisis de las coberturas por subpoblación.

**TABLA 9. COBERTURA DE PROGRAMAS POR SERVICIO**

Servicio	Personas cubiertas	% cobertura s/ pob. dependiente <sup>(a)</sup>	% cobertura s/pob. objetivo <sup>(b)</sup>
AP	6.095	3,0%	30,6%
CD	305	0,2%	0,3%
TA	1.125	0,6%	1,5%
ELEPEM	15.000	7,4%	13,7%
Cupo Cama	800	0,4%	0,7%
PAC	44	0,0%	0,0%
Apoyo parcial	130	0,1%	0,4%
FAAE	60	0,0%	0,8%
Total servicios	23.559	11,7%	n.c

Nota: (a) ratio entre el total de personas cubiertas por el programa y el total personas dependientes de todas las edades y niveles; (b) ratio entre (i) el total de personas cubiertas por el programa y (ii) el total de personas elegibles por cada programa.  
Fuente: elaboración propia.



## **Servicios existentes y coberturas para la población con dependencia severa**

### **Programa de Asistentes Personales (AP)**

El programa con mayor cobertura para la población en situación de dependencia severa es el de Asistentes Personales, el cual consiste en la provisión de un subsidio para la contratación de un servicio de cuidados domiciliarios por 80 horas mensuales para aquellas personas con dependencia severa menores de 30 y mayores de 80 años.

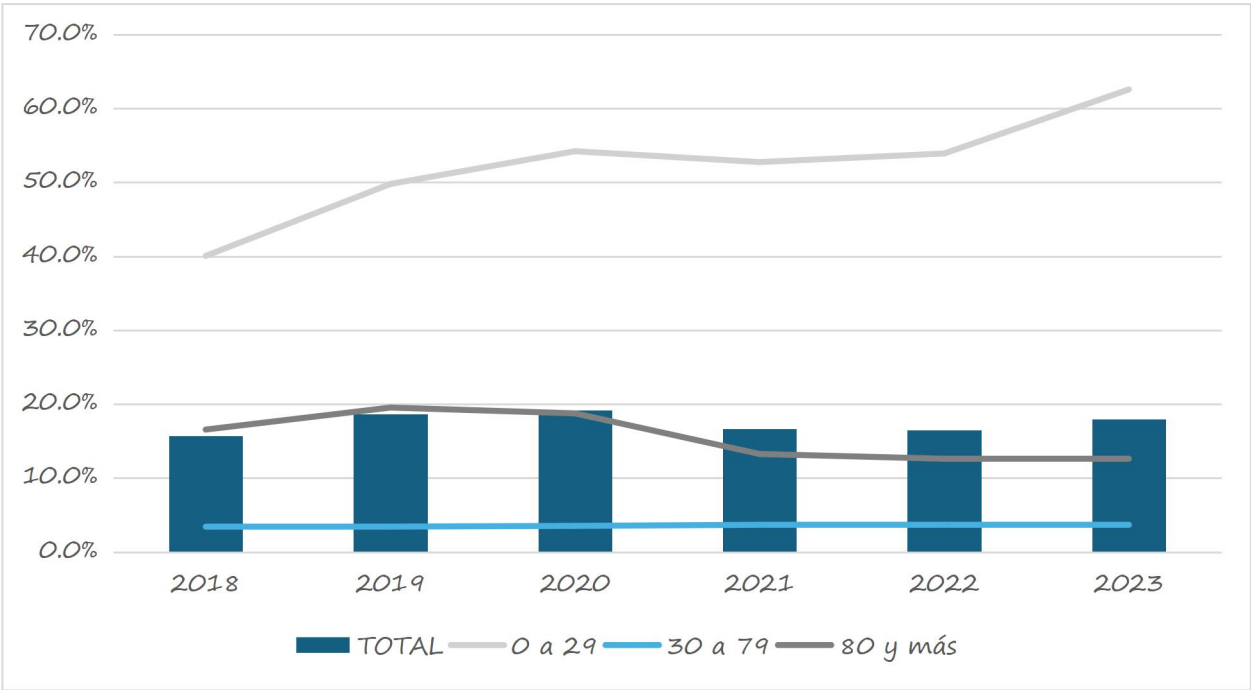
El asistente personal puede ser una persona que trabaja de manera independiente o personal de empresas que brindan servicios de cuidado. Su función es asistir a la persona en situación de dependencia severa en forma directa y personal en la realización de sus actividades de la vida diaria (AVD). Los días y horarios en que se presta el servicio, así como las tareas concretas que realiza el asistente son acordados con el usuario o su familia (MIDES, 2022b).

En 2023, el programa cubría a 6.095 usuarios (atendidos por 4.300 asistentes personales), equivelante al 18% de la población en situación de dependencia severa de todas las edades (y al 30% de su población objetivo por edad), un porcentaje que se ha mantenido relativamente estable desde 2018. Este promedio, sin embargo, esconde evoluciones muy diferentes por rangos de edad. En particular, mientras que la cobertura para los menores de 30 años ha ido en franco aumento desde 2018, pasando desde el 40% de la población al 63%, la cobertura entre las personas mayores de 80 años ha disminuido, pasando del 17% al 13%; mientras, la cobertura entre la población de 30 a 79 años se ha mantenido relativamente constante en alrededor del 3%-4% <sup>20</sup> (Figura 6).

---

<sup>20</sup> Si bien la población entre 30 y 79 no es parte de la población objetivo del programa, la cobertura para esta población no es cero debido, en primer lugar, a que el beneficio no se interrumpe una vez que la persona entra, independientemente de su edad (es decir, si una persona con dependencia severa accede al beneficio antes de sus 30 años, sigue conservando su derecho aún pasada esa edad). En segundo lugar, hay personas que pasan al programa, aun siendo menor de 80 años, si se constata una pérdida de autonomía que los haga clasificar como “dependientes severos” cuando son beneficiarios del programa de centros de días.

**FIGURA 6. COBERTURA DEL PROGRAMA DE ASISTENTE PERSONALES POR EDAD (COMO % DE LA POBLACION CON DEPENDENCIA SEVERA).**



Fuente: elaboración propia a partir de registros facilitados por la División de Planificación y Seguimiento de la Dirección Nacional de Cuidados del MIDES con base en el SIAS (2024), ELPS (2015), Censo (2011).

En otras palabras, los menores de 30 pasaron de representar el 51.6% del total de beneficiarios del programa en 2018 al 63,3% en 2023. Como contrapartida, cayeron los beneficiarios de edades mayores, en particular, aquellos mayores de 80, que pasaron de representar casi el 37% del total al 28% (Tabla 10).

**TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DE BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENTES PERSONALES, POR EDAD (COMO % DEL TOTAL DE BENEFICIARIOS).**

Año	Rango de edad			Total general
	Menor de 30	30 a 79 años	80 años o más	
2018	51,6%	11,5%	36,9%	100%
2019	49,9%	8,9%	41,2%	100%
2020	51,0%	7,4%	41,6%	100%
2021	54,1%	7,7%	38,1%	100%
2022	59,5%	9,2%	31,3%	100%
2023	59,6%	9,3%	31,1%	100%
2024	63,3%	8,5%	28,1%	100%

Fuente: elaboración propia a partir de registros facilitados por la División de Planificación y Seguimiento de la Dirección Nacional de Cuidados del MIDES con base en el SIAS (2024).

En consonancia con el perfil de la población dependiente, entre las edades más jóvenes (menores de 30 años), casi el 70% de los usuarios son varones, mientras que entre las personas mayores (80 años o más), hay una mayor participación de las mujeres, que componen el 76% del total.

El programa presenta altos niveles de focalización. Alrededor del 90% de la población beneficiaria es socioeconómicamente vulnerable y recibe por esta razón el servicio completamente subsidiado. Entre un 8% y 10% paga el 33% del costo del servicio en forma de copago; menos del 2% paga un copago del 67%; no hay beneficiarios que financien el 100% del costo de su bolsillo. Es importante destacar que esta situación se da, no debido a la ausencia de potenciales usuarios dentro de los estratos socioeconómicos más elevados, sino debido a la decisión de parte de los potenciales usuarios de no hacer uso del programa cuando los niveles de subsidio a los que acceden son bajos.

En efecto, la proporción de personas que decide hacer uso del servicio una vez que aplican al mismo y que son valorados como dependientes severos, se reduce drásticamente a medida que se reduce el nivel de subsidio al que acceden, pasando de 78% entre quienes obtienen el 100% del subsidio a 23% entre quienes obtienen el 33% del subsidio (y 0% entre quienes no acceden al subsidio) (SNIC 2023, Memoria Annual). Las razones detrás de este comportamiento no están del todo claras. Una posibilidad es que exista cierta falta de conocimiento respecto a las ventajas que tiene contratar un cuidador habilitado, en términos de formación y calidad del servicio. Pero también existe la posibilidad de que, aun reconociendo la formación diferencial que otorga la habilitación oficial, las familias no puedan/quieran asumir el costo de la misma y decidan seguir solucionando las necesidades de cuidados ya sea a través de cuidados familiares o a través de la contratación de un cuidador no habilitado por sistema (Aranco y Sorio 2019).

### Facilitador de Autonomías en Ámbitos Educativos (FAAE)

En 2024 se puso en funcionamiento una nueva figura destinada a cubrir la demanda de cuidados de la población con dependencia severa y moderada en edad escolar: el Facilitador de Autonomías en Ámbitos Educativos. Su objetivo es la atención de niños y niñas en situación de dependencia en centros educativos, desde una perspectiva de cuidados.

Cada Facilitador de Autonomía brinda atención, durante 20 horas semanales, a hasta tres estudiantes de entre 3 y 15 años en situación de dependencia moderada o severa de un mismo centro educativo de gestión pública, el que debe, a su vez, cumplir con ciertos requisitos<sup>21</sup> (SNIC, ANEP, MIDES, 2023; SNIC, Memoria Anual 2023).

La atención brindada comprende solamente tareas de cuidado y no incluye competencias pedagógicas o didácticas. Aun así, la implementación efectiva del programa requiere de una importante coordinación institucional entre MIDES y ANEP, de forma de “fortalecer las capacidades de los equipos educativos de los centros y el despliegue de apoyos pedagógicos” para atender a la diversidad del alumnado en clave de educación inclusiva (SNIC, Memoria Annual 2023, p. 44).

---

<sup>21</sup> Ver Irazoqui y Papadopoulos (2025) para más detalle.

Para ser elegible para el programa los niños deben contar con cierto nivel de autonomía y no requerir asistencia uno a uno de forma permanente para el desarrollo de las actividades de la vida diaria en el centro educativo. Para la valoración de la población elegible se utiliza el baremo de dependencia, al cual se le aplican ponderaciones especiales que permiten identificar si el perfil de dependencia del niño se puede atender con un Facilitador. Según lo comunicado por un informante calificado del SNIC, 1 de cada 5 niños con dependencia severa resultan elegibles para FAAE una vez aplicada la herramienta de ponderación<sup>22</sup>.

En setiembre de 2024, se lanzó el plan piloto en 20 escuelas de Montevideo y del interior del país, con 22 facilitadores y una cobertura total esperada de 60 beneficiarios. Se proyecta una expansión del Programa de forma tal de alcanzar las 300 escuelas y 900 beneficiarios hacia 2028.

### Programa de Apoyo Parcial

El Programa de Apoyo Parcial fue creado en 2013 como un piloto hacia la conformación de un sistema de cuidados nacional, con el objetivo de brindar hasta 20 horas mensuales de apoyo en actividades de la vida diaria, tanto dentro del hogar como fuera del hogar. Con la creación del SNIC, pasó a depender de la Dirección de Discapacidad de la SNCyD<sup>23</sup>.

A partir de 2023, su población objetivo son las personas con discapacidad en situación de dependencia moderada o severa de 30 a 65 años, una restricción con respecto al rango de edad cubierto hasta ese momento, que llegaba a los 79 años (DINTAD, 2023).

El Programa cuenta con una cobertura relativamente baja. En 2024, 130 personas hacían uso del servicio, lo que equivale a alrededor del 2% de la población con dependencia severa entre 30 a 65 años.

### **Servicios existentes y coberturas para la población con dependencia moderada y leve.**

Para la población en situación de dependencia moderada, además de los programas de Facilitadores de Autonomías en Ambitos Educativos y de Apoyo Parcial (que se focalizan en personas con dependencia severa y moderada), existen los centros de día (para personas mayores de 65 años) y el programa de teleasistencia (para mayores de 70 años).

Los centros de día<sup>24</sup> ofrecen un espacio socioterapéutico y polivalente para personas con dependencia leve o moderada que residen en sus hogares, de forma de mantener los procesos de autonomía y retrasar el proceso de dependencia, a su vez que contribuir a aliviar la carga de cuidados familiares y ofrecer asesoramiento.

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. Actualmente todas las personas concurren sin costo, y tienen la posibilidad de elegir una modalidad de concurrencia entre las siguientes opciones: dos, tres, o cinco veces por semana.

---

<sup>22</sup> En el caso en que el niño sea elegible tanto para FAAE como para AP, se prevé que pueda acceder a ambas prestaciones, restringiéndose cada una al ámbito de intervención para el que fue diseñada (educativo y domiciliario respectivamente).

<sup>23</sup> El Programa Apoyo Parcial funcionó en la órbita del Programa Nacional de Discapacidad (Pronadis) hasta 2020, año en el que el SNIC y el Pronadis se unifican, dando lugar a la creación de la Dirección de Discapacidad.

<sup>24</sup> Ley N° 19.353 y Decreto 427/2016.

A 2023, había nueve centros de día en las siguientes ciudades (departamentos): 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). En total de usuarios ascendía a 305, lo cual representa el 0.4% de la población objetivo (SNIC, Memoria Anual 2023).

El servicio de teleasistencia, por su parte, permite a personas en situación de dependencia leve o moderada de 70 años de edad o más, acceder 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.

Al igual que en el caso del programa de Asistentes Personales, los beneficiarios acceden a un subsidio total o parcial en función del nivel de ingreso per cápita del hogar (de 100%, 67%, 33%, o 0%).

Desde febrero de 2020, hay 5 empresas habilitadas por el SNIC para proveer el servicio a nivel nacional. A diciembre de 2023, había 1.125 usuarios, equivalente al 2% de la población potencial (70 años o más con dependencia leve o moderada). Los usuarios tienden a concentrarse en quienes reciben el subsidio total, aunque 1 de cada 4 usuarios reciben un subsidio parcial o nulo (Tabla 11). Casi nueve de cada diez personas usuarias son mujeres y casi un 80% tiene entre 75 y 89 años.

**TABLA 11. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS DE TELEASISTENCIA SEGÚN NIVEL DEL SUBSIDIO.**

Nivel de subsidio	Dic-18		Dic-23	
	Cantidad de usuarios	Porcentaje en el total	Cantidad de usuarios	Porcentaje en el total
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

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

### **Servicios existentes y coberturas para la población con cualquier nivel de dependencia**

Además de los programas descritos anteriormente, hay servicios dirigidos a la población en situación con dependencia, independientemente de su grado. Entre ellos se destacan: los Establecimientos de Larga Estadía (ELEPEM), el Programa de Apoyo al Cuidado Permanente, y el “cupo cama”. Este último depende, tanto en su financiamiento como en su ejecución del Banco de Previsión Social (BPS)<sup>25</sup>.

<sup>25</sup> La Ley 19.353 también incluye los Servicios de Inserción Familiar (art. 518), pero los mismos fueron excluidos de la reglamentación dada por el Decreto 356/016. Dada su muy baja cobertura a la fecha, los mismos no se incorporan en este análisis.

El Decreto 356/016 establece la incorporación de los Establecimientos de Larga Estadía (ELEPEM) al SNIC. Los mismos funcionan en el ámbito privado, pero es competencia del Sistema, junto con INMAYORES y el Ministerio de Salud Pública, velar por la calidad de los servicios brindados (ver Sección 4.2.2).

Al 1 de marzo de 2024 había 1481 ELEPEM funcionando, 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). Se estima que hay más de 15 mil personas residiendo en estos establecimientos, lo que corresponde a un 24% de la población mayor de 65 años en situación de dependencia moderada o severa.

El Programa de Apoyo al Cuidado Permanente opera desde el 2021 y es un subsidio para el reaolajo de personas residentes de ELEPEM, que sean objeto de cierre o clausura por los organismos competentes. Para determinar si la persona es elegible para el subsidio 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.

Para participar en el programa, los ELEPEM deben estar habilitados y registrarse como instituciones interesadas. En diciembre de 2023 había 38 ELEPEM registrados y el programa cubría a 44 personas.

El Estado también tiene un subsidio para el alojamiento en ELEPEM de personas dependientes en situación de vulnerabilidad a través del programa del Programa de Soluciones Habitacionales “cupo cama”, que depende del Banco de Previsión Social. Los beneficiarios deben ser jubilados o pensionistas por sobrevivencia de BPS, con residencia permanente en el país, con pérdida de autonomía, e ingresos nominales inferiores a las 12 Unidades Reajustables (\$ 21.000 o US\$ 480 a febrero de 2025)<sup>26</sup> <sup>27</sup>. Este subsidio cubre a 800 personas en 2024 (60% de ellas en el interior del país), equivalente al 0,1% de las personas mayores de 60 años con algún nivel de dependencia.

---

<sup>26</sup> La Unidad Reajutable (UR) es una unidad de medida utilizada en Uruguay para indexar y ajustar ciertos valores económicos, como préstamos, alquileres y multas. Su valor se ajusta periódicamente en función del Índice Medio de Salarios.

<sup>27</sup> En las localidades de Cardona, Fray Bentos y Treinta y Tres este tope asciende a 14UR (\$ 24.145,66).

## 4.2.2. Calidad de los servicios de cuidados para la población en situación de dependencia

### Regulación y supervisión

El Estado, a través del SNIC, es el responsable de garantizar la calidad de los servicios de cuidados para la población en situación de dependencia funcional (Ley 19.353, art. 4). Bajo esta directiva general, la regulación y supervisión puntual de cada uno de los servicios, se ejecuta a través de distintas normativas y reglamentaciones, que describimos a continuación en la Tabla 12.

**TABLA 12. INSTITUCIONES RESPONSABLES DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE CUIDADOS PARA LA POBLACION CON DEPENDENCIA**

Programa/Servicio	Institución responsable de la calidad	Institucion responsable de evaluación y monitoreo	Normativa
Asistentes personales	SNCyD	DNC (SNCyD) DINTAD	Decreto reglamentario 117/016
Centros de día	MIDES SNCyD	SNCyD DINTAD	Ley N° 19.353 (2015) Contratos entre MIDES y proveedores del servicio
Facilitador de autonomías en ámbitos educativos	MIDES SNCyD ANEP	DNC (SNCyD) DINTAD	Ley N° 20.075 Art. 335
Teleasistencia	MIDES SNCyD	DNC (SNCyD) DINTAD	Decreto reglamentario 428/016
ELEPEM	MIDES, INMAYORES MSP	MIDES, INMAYORES MSP	Ley N° 17.066 (1998) Decreto 356/016.
Programa de Apoyo al Cuidado Permanente	MIDES SNCyD	DNC (SNCyD) DINTAD	Ley N° 19.353 (2015) Decreto 356/016 Decreto 427/016
Programa de Apoyo Parcial	MIDES DND (SNCyD)	DND (SNCyD) DINTAD	Documento de diseño 2023 <sup>28</sup> .

<sup>28</sup> Disponible en: [https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/SNCyD\\_Discapacidad\\_2023\\_%20Apoyo%20Parcial.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/SNCyD_Discapacidad_2023_%20Apoyo%20Parcial.pdf)

Notas: DINTAD = Dirección Nacional de Transferencias y Análisis de Datos, DNC = Dirección Nacional de Cuidados, DND = Dirección Nacional de Discapacidad, ELEPEM = Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores, MIDES = Ministerio de Desarrollo Social, SNCyD = Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad.  
Fuente: elaboración propia

## Estándares, diagnóstico y desafíos en torno a la calidad de los servicios de cuidados a la dependencia funcional en Uruguay

El Estado es el responsable de asegurar la calidad de los servicios de cuidados a través de dos dimensiones fundamentales: la calidad de los recursos humanos que prestan el servicio, la determinación de estándares mínimos referentes a la provisión del servicio (como el ratio de cuidadores por persona cuidada, los requisitos de infraestructura, los servicios que deben ofrecerse).

La formación de cuidadores es uno de los componentes del SNIC. El rol del Estado abarca tres ejes: (i) formación, a través del diseño e implementación de cursos; (ii) acreditación de los cuidadores, y garantía de sus derechos laborales y de seguridad social; (iii) registro de cuidadores habilitados para trabajar.

Los cursos de formación tienen una duración de 152 horas, de las cuales , 90 son horas teóricas, y el resto se divide entre cursos de nivelación, prácticas formativas, y proyectos ocupacionales que pueden realizarse en cualquiera de los servicios ASSE del país (SNIC 2017). Para aquellas personas que ya han recibido capacitación formal en cuidados, se acordó un proceso de validación de competencias, que puede ser total o parcial. Además, está previsto que a quellas personas que cuenten con una antigüedad laboral de más de cinco años en el sector, puedan quedar habilitadas como cuidadores del SNIC, previo proceso de certificación de competencias (Aranco y Sorio 2019).

Los cuidadores que hayan realizado el curso o que cuenten con la certificación de conocimientos correspondientes, quedan habilitados para ser contratados dentro del programa de Asistentes Personales del SNIC.

A junio de 2024, de acuerdo a los datos brindados por la SNCyD con base en SIAS, hay 9.116 personas habilitadas para brindar cuidados en forma remunerada (Tabla 21). El 87% de estas personas cuentan con habilitación definitiva, el 3% con habilitación parcial y el 9% con habilitación excepcional. De las personas habilitadas, menos de la mitad se encuentran trabajando (48%) y 9 de cada 10 son mujeres (95%) (Tabla 10).

**TABLA 13. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS HABILITADAS PARA BRINDAR CUIDADOS SEGÚN TIPO DE HABILITACIÓN, CONDICIÓN LABORAL Y SEXO.**

Tipo de Habilitación y Condición laboral	Mujeres		Hombres		Total	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Definitiva trabajando	3.168	35%	131	1%	3.299	36%
Parcial trabajando	163	2%	6	0%	169	2%
Excepciones	803	9%	61	1%	864	9%
Subtotal habilitados trabajando	4.134	45%	198	2%	4.332	48%
Definitiva no trabajando	4.401	48%	240	3%	4.641	51%
Parcial no trabajando	139	2%	4	0%	143	2%



Subtotal habilitados no trabajando	4.540	50%	244	3%	4.784	52%
Total habilitados	8.674	95%	442	5%	9.116	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos a junio 2024 brindados por SNCyD con base en SIAS

Hasta el momento, la formación de los cuidadores es la única medida de aplicación general tendiente a garantizar la calidad en este servicio; no se han establecido estándares ni indicadores de calidad.

Sin embargo, aunque de extensión aún reducida, vale la pena mencionar la iniciativa de provisión colectiva del servicio de cuidado domiciliario, como herramienta para la estrategia de mejora de calidad. Esta estrategia se puso en marcha en 2022, en forma de un piloto que busca incentivar la conformación de cooperativas de asistentes personales para la provisión de cuidados domiciliarios. La modalidad de provisión colectiva ha demostrado tener varias ventajas, tanto en términos de calidad del servicio brindado como en términos de calidad del empleo de las cuidadoras (CIEDUR (2025) En este sentido, las cooperativas cuentan con un contrato de servicios de cuidados e implementarán herramientas de monitoreo del cuidado a domicilio; en particular, se está trabajando en el diseño de un plan personalizado de cuidados, que permita determinar de antemano, no solo las tareas en las que se espera el asistente brinde apoyo, sino también los objetivos que se quieren lograr en términos de calidad de vida la persona cuidada.

La modalidad de provisión colectiva también supone una ventaja en lo que respecta a la continuidad del servicio, ya que permite a las asistentes personales tomarse días libres (vacaciones, enfermedad), sin que el afiliado pierda el beneficio, ya que otra cuidadora de la misma cooperativa se puede asignar para cubrir sus tareas.

A su vez, se espera que las cooperativas mejoren las condiciones laborales de los asistentes personales, lo cual redundaría en un aumento de la calidad del servicio. En particular, desde el comienzo de la implementación, se han presentado algunos desafíos 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.

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.

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 Centrado en la Persona, el cual redundará en una mejor calidad del servicio. 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, Memoria Anual 2022). En 2023 se realizaron 14 encuentros en 12 departamentos donde participaron cerca de 400 AP y algunas cuidadoras de centros de día.

Los Facilitadores de Autonomías en Ámbitos Educativos, por su parte, deben contar con el curso de formación de atención a la dependencia habilitado por el SNIC y, además, realizar una formación adicional de 22 horas, orientada específicamente a las competencias propias del FAAE, vinculadas a la gestión dentro de centros educativos.

Para garantizar la calidad de la intervención con miras a su expansión nacional, el monitoreo de la implementación del plan piloto está a cargo de un equipo coordinador integrado por representantes de ANEP y del MIDES, y es supervisado por un consejo político que cuenta con integrantes de estas dos entidades. Para el monitoreo del componente de atención a la dependencia se definen como indicadores: el número de intervenciones por niño por día; el número de solicitudes de intervención no atendidas en la semana; y el porcentaje de satisfacción con la calidad de las intervenciones evaluadas por el docente/familia. También se prevé una evaluación del impacto del piloto, a través de la realización de entrevistas a los equipos de apoyo de cada centro educativo y a las familias de estudiantes asistidos (ANEP y MIDES, 2022).

La formación de los cuidadores es también la estrategia para garantizar la calidad del servicio de Apoyo Parcial, aunque en este caso los requerimientos son más laxos. Se establece como requisito para ser cuidador de este programa (operador de apoyo), tener alguna formación o experiencia en discapacidad y dependencia. Si bien es válido el curso de atención a la dependencia ofrecido por el SNIC, no es excluyente, ya que también se valora como mérito la experiencia o capacitación en otro tipo de instituciones. Adicionalmente a la experiencia de cada operador/a de apoyo, cuando ingresan al Programa reciben una capacitación de una semana. La misma consiste en una jornada de formación teórica y cuatro días de trabajo conjunto con otro operador de apoyo en el domicilio de la persona beneficiaria. Además, la dirección de Apoyo Parcial ofrece entre uno y dos cursos anuales de capacitación dirigidos a todas las personas operadoras de apoyo en los que se trabaja con temas propuestos de forma colaborativa entre autoridades y trabajadores.

En el caso de los Centros de Día, las condiciones específicas que deben cumplir, se encuentran detalladas en el procedimiento de contratación pública entre el Estado y las organizaciones de la sociedad civil (OSC) o cooperativas de trabajo que los proveen. El mismo 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 entre las partes firmantes del contrato, pero no por parte de los usuarios o familias.

En los contratos con los proveedores del servicio se establecen requisitos mínimos en lo referente a los recursos humanos que deben tener los centros de día: un coordinador técnico, un psicólogo, un auxiliar de servicios, y cuatro cuidadores (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 cuidador. Además, cada centro debe proveer al menos 8 horas semanales de talleres y el personal técnico que las desarrolle (por ejemplo, talleristas). En la actualidad, existen 58 trabajadores estables en total en los nueve centros y otros 20 que se contratan como talleristas.

Aparte de los requisitos en términos de recursos humanos, los centros de día cuentan con distintas estrategias para asegurar la calidad de los servicios. En primer lugar, cada centro cuenta con una Comisión de Seguimiento Territorial (CST) y una Comisión de Personas Usuaras, de forma de 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, las personas usuarias y sus familias).

En segundo lugar, 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.

En el caso de la Teleasistencia, el requisito es que las empresas que provean el servicio estén habilitadas por el Sistema. Un censo entre los usuarios del programa (realizado en 2018) muestra que, si bien menos del 10% de las personas usuarias realizaban un uso efectivo del servicio por temas de emergencia, hay una percepción entre los usuarios de que el servicio brindó tranquilidad a su entorno (familiares y personas allegadas) y a su vida cotidiana, contribuyendo positivamente a su bienestar (basado en DINEM-MIDES, 2020:228 citado en OPP 2020).

Tal vez uno de los mayores desafíos en este momento en relación a los servicios para personas en situación de dependencia funcional es el referido a los residenciales de larga estadía, o ELEPEM. Como se muestra en la Tabla 9, la habilitación y fiscalización de las residencias de larga estadía es, responsabilidad conjunta del Ministerio de Salud Pública, que asegura la calidad de los centros con base en criterios geriátricos - gerontológicos, y del Ministerio de Desarrollo Social, a través de INMAYORES, que se encarga de regular y fiscalizar los hogares y casas de salud en materia social.

La habilitación social de los centros regula aspectos relacionados con la planta física del establecimiento, los servicios que deben prestarse (como alimentación, vestimenta, e higiene), los derechos de los usuarios, y el rol social de los centros en cuanto a la promoción y el fomento de la autonomía de los adultos mayores, así como su participación en sociedad.

En la actualidad, solamente 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%) (SNIC, Memoria Anual 2023).

El control y la fiscalización de los establecimientos se realiza mediante visitas programadas, por cualquiera de los dos Ministerios responsables. Durante 2023 se realizaron 407 fiscalizaciones, lo que representa un 27,5% del total de establecimientos. El Programa de Apoyo Permanente, descrito en la sección 4.2.1 puede verse también como una respuesta del sistema a la baja calidad de algunos de los ELEPEM.

Con respecto a los recursos humanos, la normativa establece que el personal a cargo del cuidado de personas mayores deberá ser exclusivo para dicha función, respetando los siguientes ratios: a) en turnos diurnos, 1 por cada 10 residentes autoválidos y 1 por cada 5 residentes con dependencia. b) En turnos nocturnos, 1 por cada 20 residentes autoválidos y 1 por cada 10 residentes con dependencia<sup>29</sup>. Con la conformación del SNIC, se estableció que todos los cuidadores debían contar con habilitación, sea a través del curso de atención a la dependencia o la certificación de competencias, marcándose un plazo de cuatro años para alcanzar la meta. Luego ese plazo se aplazó, pero al momento todos los trabajadores y trabajadoras de los ELEPEM deberían contar con habilitación. Cada institución debe, además, contar con un profesional del área social.

A marzo de 2024, había 10.926 personas trabajando en establecimientos de larga estadía. De ellos, el 59,7% son cuidadoras. No se dispone de información sobre el ratio de cuidadoras/residentes ni sobre el nivel de formación de las mismas.

Por último, como parte de la apuesta a la mejora en la calidad de las instituciones de largo plazo, en 2018, el SNIC puso en marcha el programa Cuidados+Calidad, a través del cual se otorgan créditos a las instituciones que, como parte del proceso de habilitación, quieran invertir en infraestructura, equipamiento o mobiliario, y/o en formación y capacitación de los recursos humanos. Al momento de escribir este reporte, no había aun ningún crédito asignado como parte de este programa.

## 5. El futuro del Sistema Nacional Integrado de Cuidados: propuestas para un sistema fortalecido

A partir del diagnóstico realizado, de entrevistas y conversaciones técnicas con los equipos encargados de la política, y de la revisión de las buenas prácticas internacionales, los trabajos de consultorías contratados realizaron una serie de recomendaciones y propuestas que permitan ir cerrando las brechas de calidad y cobertura evidenciadas, en busca de un sistema fortalecido. Algunas de estas propuestas son retomadas en el análisis de Villalobos (2025) a fin de entender cuál sería la inversión necesaria que las mismas requerirían y cómo las mismas podrían financiarse. En este documento, presentamos las recomendaciones, sin analizar su impacto en términos de costo.

---

<sup>29</sup> En la Ordenanza 1032 (de 2019) del MSP, y a los solos efectos del calculo del ratio de cuidadores, se establece que se consideren personas dependientes a aquellas que presenten un puntaje de 0 a 40 inclusive, según índice de Barthel. Por el contrario, las personas autoválidas serían aquellas que superen los 40 puntos en el mencionado índice.

## 5.1. La demanda futura de cuidados

Para entender cómo llegar a un Sistema de Cuidados fortalecido, uno de los puntos importantes es entender cómo se espera que evolucione la demanda de cuidados en el futuro próximo. En este sentido, las necesidades de cuidados de la población serán crecientes y con una composición distinta a la de hoy en día, con una caída relativa en la demanda de cuidados infantiles y un aumento de la demanda de cuidados a la dependencia para personas mayores.

En este sentido, aun teniendo en cuenta un posible efecto rebote en los nacimientos<sup>30</sup>, el mismo no sería suficiente para revertir la tendencia a la baja que se ha venido dando en los últimos años, y que se espera continúe (Cabella et al., 2024). Según las proyecciones de Naciones Unidas (2024), la población de niños entre 0 y 3 años podría pasar de alrededor de 135 mil en la actualidad a 128 mil en 2035 y 110 mil en 2050 (una caída de casi 20% en el período).

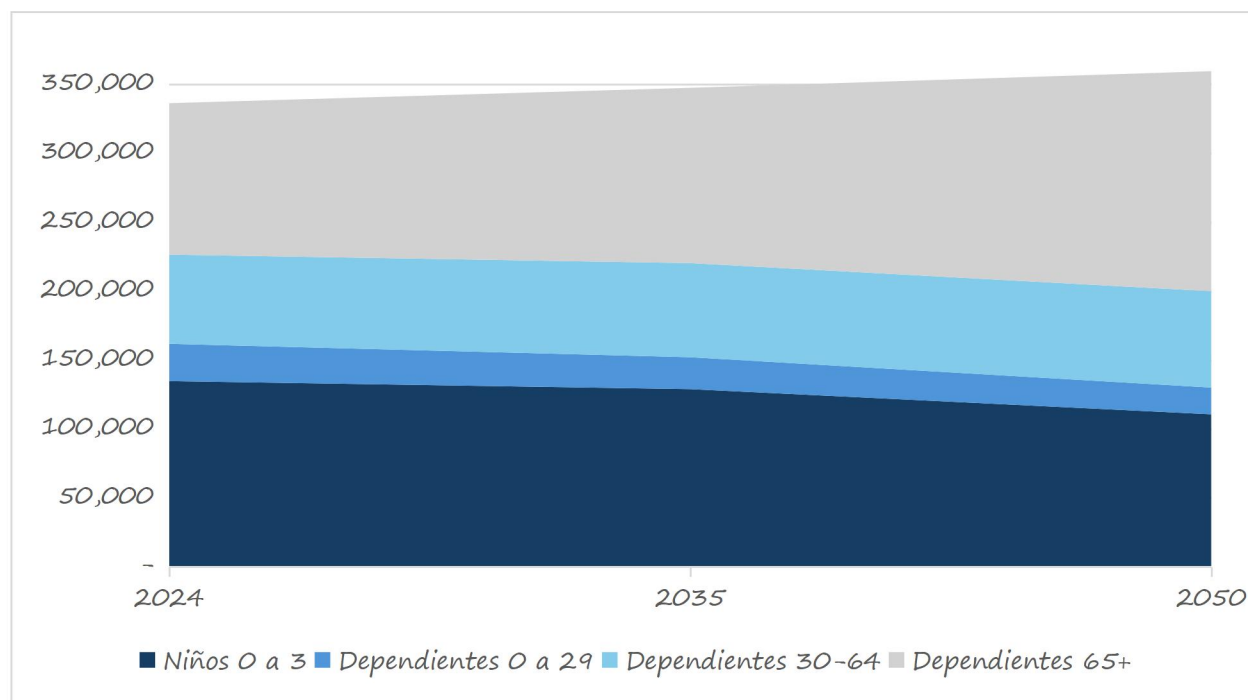
Al mismo tiempo, se espera que el número de personas mayores siga aumentando, con lo cual se proyecta un incremento de las necesidades de cuidados de esta población. Las últimas estimaciones disponibles, con base en datos de prevalencia de la dependencia de 2015, sugieren que el número de personas mayores de 65 años con dificultades en al menos una actividad básica de la vida diaria en Uruguay aumentará de poco mas de 200 mil en la actualidad a 220 mil en 2035 y casi 250 mil en 2050, un aumento de más del 20%.

Entonces, suponiendo que la prevalencia de la dependencia entre los niños y los jóvenes se mantiene constante, hacia 2050 estaríamos ante una configuración de la demanda de cuidados en Uruguay bien distinta a la que rige en la actualidad, con el peso de las personas mayores dependientes de cuidados en el total que pasaría del 30% en la actualidad al 45% en 2050 (Figura 7).

---

<sup>30</sup> Que podría darse cuando las adolescentes que postergaron el nacimiento de su primer hijo, comiencen a tener hijos.

**FIGURA 7. COMPOSICIÓN DE LA DEMANDA DE CUIDADOS, POR TIPO DE POBLACIÓN Y GRUPO DE EDAD (2024-2050)**



Fuente: elaboración propia con base en datos de Naciones Unidas (2024).

Este aumento y cambio en la composición de la demanda de cuidados se dará, a su vez, en un contexto social también distinto al actual, caracterizado por familias más chicas y por una mayor participación de la mujer en el mercado de trabajo. En particular, la caída de la tasa de natalidad implica que, en el futuro, habrán menos familiares para cuidar a las personas mayores que las que hay hoy, lo que impone una mayor presión a los sistemas de cuidados.

Los cambios sociales y demográficos esperados implican que, en principio, podría existir espacio para un aumento de la intensidad y de la calidad de los servicios de cuidados brindados a la infancia – por ejemplo, a través de un aumento de la extensión horaria de los servicios– y, por otro, que el sistema debe hacer esfuerzos importantes en aumentar la cobertura entre las personas mayores, con soluciones más eficientes y que permitan adaptarse mejor a las necesidades de los usuarios. A continuación presentamos algunas de estas opciones.

## 5.2. Posibles recomendaciones para los servicios de cuidados a la infancia

Para pensar en un sistema fortalecido que otorgue servicios de cuidados a la infancia eficientes, efectivos, y de calidad es necesario tener en cuenta que los cuidados en primera infancia requieren de una integralidad profunda, de un diálogo permanente entre todas las dimensiones que hacen al niño y su entorno, diálogo que debe ser ajustado continuamente en base a las distintas ponderaciones de cada dimensión (Belsky 2018; Taraban y Shaw 1984). Es por este motivo que un sistema de educación y cuidados en primera infancia involucra y debe articular múltiples actores, incluyendo al sistema educativo, las instituciones a cargo del desarrollo social

y el sistema de salud. A continuación se resumen las recomendaciones que surgen de esta consultoría para alcanzar estos objetivos. Un análisis más detallado de las mismas, con acciones concretas que guían la implementación se encuentra en Balsa y Zak (2025).

- (1) En primer lugar, se requiere **fortalecer la gobernanza del sistema**. Varios cambios se proponen para lograr este objetivo.

La primera recomendación en materia de gobernanza es trabajar en lograr una rectoría en clave sistémica. Actualmente, se identifican tres subsistemas sin una clara relación jerárquica entre sí y con presupuestos y directrices fragmentados incluso para servicios comunes: los servicios de CAIF, CAPI y CCEI que dependen únicamente del INAU; los servicios de CCC, centros SIEMPRE y centros para Hijos e Hijas de Estudiantes, que funcionan bajo la órbita conjunta de SNIC e INAU; y los servicios de educación inicial de ANEP. Si bien el SNIC fue originalmente pensado como la figura para dar marco al sistema, en los hechos la institucionalidad preexistente le ha impedido ocupar ese rol.

Fortalecer la rectoría del sistema de educación y cuidados en primera infancia es de suma importancia para diseñar políticas con una visión integral de país y asegurar niveles de calidad adecuados. Hay varios caminos posibles. Un primer camino es fortalecer las capacidades jurídicas y presupuestales del SNIC para ejercer la rectoría. Otro camino es separar la autoridad en dos: una que regule los servicios de educación y cuidados para niños menores de 3 años y otra que regule los servicios para niños de 3 años o más (por ejemplo, INAU y ANEP), aunque esta solución no resolvería los problemas de los distintos subsistemas dentro de una misma franja (la interacción SNIC-INAU, por ejemplo), ni los conflictos que surgen de la coexistencia del regulador y el prestador en un mismo organismo, lo que se da tanto para INAU como para ANEP. Una tercera alternativa es que, en vista de la reciente aprobación de la ley de Garantías para la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (GAPIIA), sea el Gabinete previsto en este proyecto (que funcionaría bajo la órbita de MIDES), quien asuma el rol de la planificación, diseño y evaluación de los servicios de educación y cuidados a nivel sistémico, y el Ministerio de Economía sea quien incorpore una mirada presupuestal articulada y promueva la coordinación presupuestal de los distintos actores en la implementación de las políticas, en particular INAU y ANEP.

Es necesario también fortalecer la gobernanza y las capacidades de gestión al interior del INAU. Actualmente el INAU tiene un organigrama tricéfalo en lo que refiere a políticas de primera infancia. Incluye tres divisiones sin una relación necesariamente jerárquica: la Secretaría Ejecutiva de Primera Infancia (SEPI), el Programa Primera Infancia y la Subdirección General de Gestión Territorial, de quien dependen las Direcciones Departamentales. Este organigrama genera duplicaciones, enlentecimiento de procesos y necesidades de involucramiento del directorio. Se recomienda que INAU descentralice paulatinamente sus procesos, dando un mayor poder de toma de decisiones al Programa de Primera Infancia, de forma que ciertas resoluciones puedan abordarse rápidamente.<sup>31</sup>

Lo anterior también incluye el fortalecimiento de los sistemas de información en general, pero del INAU de forma más urgente. En este sentido, se debe mejorar, homogeneizar y

---

<sup>31</sup> Por ejemplo, el aval de todos los gastos, incluso gastos menores, se hace a nivel de directorio, mientras que la rendición contable está delegada a una Unidad de Contralor Contable. La delegación se debe buscar también a otros niveles: los supervisores no pueden contactar Inspectores de ANEP o Directores de Escuelas con objetivos de coordinación, sin antes pedir aval a la Directora del Programa o no pueden avalar reorganizar grupos en un CAIF que ellos supervisan (por ejemplo, pasar un grupo de 2 años a uno de 3, si así lo requiere la comunidad y no implica más gastos). Se requiere mejores procesos que permitan delegar más confianza en los niveles de gestión meso y micro.

digitalizar los registros de listas de espera y capacidad de oferta en sus distintas modalidades a nivel territorial, la modalidad de atención de la matrícula, los niveles de asistencia, las mediciones de desarrollo del niño, las características sociodemográficas de las familias (en particular los niveles de vulnerabilidad), las intervenciones con los niños, la articulación con otras instituciones, los registros de supervisión y actas de evaluación, los indicadores de calidad de los CPI y los proyectos de los centros. Cabe acotar que según fuentes de INAU, en 2022 el Directorio aprobó avanzar en varios de estos aspectos, pero aún no se han podido implementar.

Una medida que sin dudas ayudaría al fortalecimiento de la gobernanza es la simplificación de la oferta de centros de primera infancia, ya que la diversidad de tipologías genera una enorme carga burocrática en el sistema y atenta contra el adecuado monitoreo y supervisión de los centros (OPP 2022).

También con miras a fortalecer la gobernanza, OPP (2022) recomienda fortalecer la capacidad de gestión de las Organizaciones de la Sociedad Civil, que gestionan los CAIF, a través de (i) capacitaciones a personal de cooperativas para mejorar sus capacidades de gestión<sup>32</sup>; (ii) establecer un cargo de dirección remunerado; (iii) priorizar convenios con OSC de mayor tamaño y experiencia; (iv) buscar nuevos esquemas como el de los centros SIEMPRE, en los que la empresa forma parte de la gestión; (v) definir con mayor precisión el alcance de los convenios, que actualmente son muy generales; (vi) introducir incentivos a la buena gestión; (vii) mejorar y simplificar los procesos administrativos; y (viii) facilitar los procesos de innovación de OSC, dándole más libertad de acción y capitalizando sus mejores prácticas.

La última recomendación en términos de gobernanza es la de generar una Dirección de Educación Inicial en ANEP. En este sentido, el enfoque en educación inicial es sumamente distinto al de la educación primaria, no solo a nivel de procesos pedagógicos sino también en una lógica de cuidados y de involucramiento de la familia y la comunidad en el proceso.

- (2) En segundo lugar, el informe hace recomendaciones tendientes a **aumentar la cobertura de los servicios**, en particular, en lo referente a la cobertura diaria y la extensión horaria de los mismos. Garantizar el acceso universal a centros de primera infancia de calidad redundaría en mayor bienestar, desarrollo y aprendizaje de todos los niños y en una mayor igualdad entre mujeres y hombres. Sin embargo, como hemos visto a lo largo de este informe, cuando hablamos de servicios de cuidados diarios, Uruguay se encuentra bastante lejos de la universalidad y deberá ir planteando metas intermedias. Hay varios aspectos que deben tenerse en cuenta en el diseño de una política de expansión de servicios de educación y cuidados en primera infancia: i) universalidad *versus* focalización; ii) horario de atención; iii) forma de financiación de los servicios; iv) edad en que se garantiza el derecho a una plaza en un centro; v) la obligatoriedad o no del servicio; vi) capacidad de monitoreo y supervisión del sistema, vii) capacidad de formación de recursos humanos; y viii) definición de el/los responsables de la gestión.

A continuación, se resumen algunas de las recomendaciones para el proceso de expansión en Uruguay.

---

<sup>32</sup> Hay un convenio INAU - INACOOOP cuyo cometido es capacitar a cooperativas gestoras de CPI para mejorar sus capacidades de gestión. Ya se van haciendo varias ediciones, alcanzando últimamente también a cooperativas gestoras de otros perfiles (Clubes de niños, centros juveniles, etc.). También se hicieron dos o tres ediciones más acotadas, destinadas a funcionarios de INAU con el objetivo de capacitarlos en cuanto a las características de las cooperativas.



- i) Apuntar a un sistema universal en el largo plazo, partiendo de un sistema focalizado, pero que no profundice la segregación socioeconómica. Si bien un sistema de cobertura universal, que permitiera garantizar plazas subsidiadas a toda la población, sería el ideal, en el corto plazo y ante las restricciones presupuestarias existentes, se recomienda avanzar priorizando a las poblaciones más vulnerables, que son las que más beneficios obtienen de estos servicios y menos los pueden financiar. Debe buscarse un balance adecuado en la composición de los niños que asisten (vulnerables vs, no vulnerables) de manera de que el centro no aumente la segregación socioeconómica, sino que oficie como ámbito de integración social (los centros SIEMPRE son buenos modelos en este sentido, al igual que las becas BIS si se logra asegurar la calidad de los centros que participan en el programa). En muchos casos, la segregación socioeconómica responde a una segregación barrial, en particular en Montevideo, y ahí quizás hay que recurrir a otro tipo de soluciones (como transporte).
- ii) Aumentar las plazas de 8 horas para población vulnerable y familias en las que la mujer trabaja y flexibilizar el horario de atención. La escasez de cupos de 8 horas parece ser un cuello de botella del sistema. El objetivo de largo plazo sería ofrecer plazas de 8 horas a todas las familias que lo necesiten, aunque no necesariamente en forma gratuita (ver Villalobos 2025). En el proceso de transición, se recomienda ofrecer tanto plazas de 4 como de 8 horas, priorizando las 8 horas para población vulnerable y familias en las que ambos padres trabajan.
- iii) Ofrecer plazas a partir de los 7 meses de edad del niño, de forma de que no haya brecha entre el momento en que termina la licencia parental y el momento en que se empieza a garantizar la cobertura de los centros.
- iv) Considerar subsidios diferenciales por nivel socioeconómico. Hoy en día los servicios de educación y cuidados en primera infancia en Uruguay son totalmente gratuitos, lo que contrasta con los países con sistemas de educación y cuidados más avanzados, que ofrecen niveles diferenciales de subsidios de acuerdo a la capacidad de pago de la familia. Se recomienda ofrecer plazas gratuitas para la población que recibe transferencias del Estado (AFAM-PE y/o TUS) y generar un sistema de pago para el resto de la población. El análisis de un escenario como este se puede encontrar en Villalobos (2025).
- v) Planificar cuidadosamente la expansión de cobertura con una política de recursos humanos acorde. El plan de expansión deberá tener un correlato en una política de formación de recursos humanos (maestros, educadores, auxiliares, personal técnico y personal de supervisión y monitoreo) que permita garantizar calidad.
- vi) Considerar cómo cubrir las necesidades de educación y cuidados en primera infancia durante el verano. Esto implica considerar ofrecer colonias de vacaciones en el verano, no necesariamente en forma gratuita, de manera que las familias tengan opciones si su licencia no coincide con el momento del cierre del centro.

La expansión de la cobertura debería acompañarse de un **proceso de focalización de los servicios**, siempre poniendo atención – como se plantea en el punto (i) anterior – en no contribuir a la segregación socioeconómica de los más vulnerables. Como fue señalado anteriormente, la población con mayor vulnerabilidad es en general la que tiene más dificultades para acercarse a los centros y para sostener la asistencia. La priorización

deberá basarse no solamente en la lista de quienes se inscriben por propia voluntad, sino que se necesitan acciones concretas para llegar a las familias que de otra forma no lo harían (promoción de la demanda, a través, por ejemplo de soluciones de transporte, comunicación de los beneficios de la asistencia, incentivos a la asistencia, acompañamiento periódico y regular).

El proceso de expansión y focalización de la demanda no puede ser logrado sin conocer en profundidad la demanda y la oferta. Desde el punto de vista de la demanda, para que los programas de educación y cuidados tengan buen alcance, se requiere entender mejor a nivel de cada localidad la demanda insatisfecha y las barreras que impiden un mayor acceso, tanto de oferta como de demanda. Hoy INAU desconoce a cuánto asciende el exceso de demanda y también desconoce para qué modalidad de atención hay listas de espera (4 horas, 8 horas).

Desde el punto de vista de la oferta, es necesario tener pleno conocimiento de la capacidad disponible. Es necesario incentivar la expansión de la infraestructura en los centros que tienen capacidad, además de buscar formas alternativas e innovadoras de expandir los cupos sin necesidad de infraestructura nueva (como poder mover los talleres de Experiencias Oportunas – que hoy se dictan en días y horarios laborables - a los fines de semana, o la implementación de soluciones como los centro SIEMPRE o las becas BIS, que se apoyan en infraestructura privada).

Por último, la expansión de la cobertura y su focalización no puede hacerse sin una definición institucional clara acerca de la responsabilidad de la cobertura en nivel 3, o de cómo ésta debería distribuirse entre ANEP e INAU. La discusión no se remite únicamente a qué institución debería hacerse cargo y con qué presupuesto, sino a qué tipo de modelo habría que ofrecer. INAU tiene más centros de nivel 3 que cubren 8 horas, ofrece alimentación, una mayor cercanía con las familias, más horas de equipos técnicos (psicomotricista, psicólogo, trabajador social) y una mejor infraestructura en centros nuevos. ANEP, por su parte, tiene recursos humanos más capacitados, y una mayor orientación hacia la preparación para la escolarización, aunque también tiene grupos más numerosos.

- (3) En tercer y último lugar, se hacen recomendaciones en torno a la **calidad de los servicios**<sup>33</sup>. La evidencia internacional es contundente en que un mal centro puede tener implicancias altamente perjudiciales en el desarrollo de un niño. Asegurar estándares de calidad es, por lo tanto, un requisito indispensable para cualquier sistema de cuidados y para cualquier proceso de expansión de cobertura.

Del trabajo de consultoría realizado, resulta que hay muy poca información a nivel sistémico sobre la calidad de los centros de primera infancia en Uruguay y sobre su impacto en el desarrollo de los niños, en la corresponsabilidad de los cuidados y en los ambientes de crianza y bienestar familiar. Existen carencias en la definición de criterios de calidad sistémicos y la ausencia de una rectoría que esté atenta a las implicancias de distintas decisiones pedagógicas, de recursos humanos y de currículum sobre el desarrollo infantil y sobre la corresponsabilidad social de los cuidados.

Es sumamente necesario, por lo tanto, fortalecer el monitoreo y la rendición de cuentas sobre la calidad del sistema. Esto implica contar con una rectoría única que sea

---

<sup>33</sup> El informe entrega también recomendaciones en torno al financiamiento de los servicios, que son abordadas en Villalobos (2025), y sobre licencias parentales y servicios de cuidados para niños de 4 a 12 años que pueden verse en Balsa y Zak (2025).

independiente de la gestoría de los servicios (a lo que ya nos referimos), contar con normativas claras y uniformes que guíen la apertura y el funcionamiento de los centros de primera infancia, contar con sistemas de monitoreo, supervisión y acompañamiento adecuados, y contar con sistemas de información y evaluación de resultados que permitan rendir cuentas, planificar estratégicamente y guiar reformas. A continuación se dan algunas recomendaciones en torno a estas áreas.

- (i) Uno de los prerequisites para mejorar la calidad es poder medirla. Para eso, como se mencionó ya anteriormente, el sistema debe mejorar sus sistemas de información, el cual hoy presenta grandes desafíos (sobre todo en INAU). El sistema de información debe rediseñarse con una lógica que resulte de utilidad para la toma de decisiones en todos los niveles: rectoría, supervisión, centro educativo y usuario. Su alcance debe llegar a todo el sistema: centros gestionados y/o financiados por INAU, centros privados supervisados por INAU, y centros de ANEP. Los esfuerzos hacia un sistema de información integrado deberían compatibilizarse con el Sistema Nacional de Monitoreo y Evaluación de la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia previsto en la ley GAPIIA recientemente aprobada.
- (ii) Para poder medir la calidad, e implementar acciones de mejora, además de procesos de información sólidos, hace falta mejorar los procesos de supervisión, monitoreo y evaluación.
- (iii) Otro camino para asegurar la calidad de los centros es establecer criterios y mecanismos más rigurosos para habilitar la apertura de centros, monitorearlos, evaluarlos, y asegurar su rendición de cuentas. El documento elaborado por CCEPI de 2015 identifica los requerimientos mínimos necesarios para la autorización y funcionamiento de los centros de educación infantil para niños de 0 a 5 años. Sin embargo, como se menciona en la sección 4.1.2, estos requisitos no son vinculantes. Las especificaciones de calidad incluidas, además, se refieren a características estructurales, como la relación adulto-niño y los requisitos en materia edilicia y de equipamiento, pero no hay referencia a requisitos de procesos ni a indicadores de resultados o mecanismos de rendición de cuentas. Se recomienda avanzar en normativas y regulaciones definidas a nivel sistémico y vinculantes.
- (iv) Estos criterios y estándares de calidad deben también incluir la formación y profesionalización de los recursos humanos, tanto directores, maestros, auxiliares, y otros profesionales.

La estrategia implica: i) mejorar la formación inicial en educación en primera infancia; ii) ofrecer itinerarios de profesionalización para el personal sin calificación o con baja calificación; iii) mejorar el desarrollo profesional permanente; iv) desarrollar acciones que eleven el estatus de la profesión de los trabajadores en servicios de educación y cuidados de primera infancia (perspectivas de carrera, remuneración y reconocimiento social). La remuneración, unida a la concientización del rol que cumplen estos recursos humanos en la formación de capital humano de la sociedad constituye un factor crítico. En la actualidad, las educadoras perciben salarios bajos, lo que es un impedimento para atraer personal calificado y con vocación.

La recomendación es que todos los que trabajen en docencia directa tengan al menos un título terciario en primera infancia y que aumente significativamente (al

menos al 50%) el número de docentes directos con titulación de magisterio en primera infancia o magisterio.

- (v) Alcanzar los objetivos anteriores exige realizar un esfuerzo significativo por incrementar la oferta de formación terciaria de aquellos que están trabajando en los centros, incluso si se mantienen los niveles de cobertura actual. En un escenario de expansión de la cobertura y de las horas de atención, el esfuerzo sería mucho mayor.
- (vi) La calidad de la atención depende de que la currícula se adapte y responda a las necesidades y al potencial de cada niño, incluyendo aquellos con necesidades especiales o que provienen de contextos vulnerables. El país debe seguir trabajando en este sentido, para potenciar al máximo el desarrollo socioemocional y cognitivo de los niños, involucrando a los padres a través de programas que promuevan el buen trato, el aprendizaje y el desarrollo de los niños en el hogar, así como un mayor involucramiento de la figura paterna en temas de crianza y cuidados.

### 5.3. Recomendaciones para los servicios de cuidados a la población con dependencia

Los desafíos y posibles recomendaciones para lograr servicios de cuidados a la dependencia con mayor cobertura y calidad, asegurando su sostenibilidad, tendrían que tener en cuenta los cambios demográficos esperados, que proyectan un crecimiento de la demanda de estos servicios, debido al envejecimiento de la población. Esto implica no solo pensar en estrategias eficientes, que se adapten a los perfiles de cada usuario, sino también pensar cómo las mismas se pueden financiar, ante un escenario de necesidades de inversión crecientes.

- (1) En primer lugar, es necesario **avanzar en aumentar la cobertura**, sobre todo entre las personas mayores. Se presentan a continuación algunas consideraciones a este respecto.
  - (i) La cobertura de los servicios para las personas en situación de dependencia que brinda el Sistema, se encuentra fraccionada en la actualidad, tanto en términos de grados de dependencia como de edad (por ejemplo, el programa de asistentes personales deja fuera de su cobertura a las personas entre 30 y 79 años, aunque sus niveles de dependencia lo ameriten). Ir ampliando las coberturas para incluir a todas las edades (primero) y a todos los grados de dependencia (después) es un paso fundamental para garantizar la equidad en el acceso a los servicios.
  - (ii) Todo aumento de la cobertura masivo implicará mayor inversión. Por ello, y ante las restricciones de presupuesto que existen, esta estrategia debería ser acompañada de una estrategia de financiamiento que asegure la sostenibilidad del sistema en el corto, mediano, y largo plazo. Una posible opción es adoptar esquemas que combinen el financiamiento público con el financiamiento privado. En Villalobos (2025), en un análisis complementario a esta consultoría, se evalúa, por ejemplo, la viabilidad de incorporar un seguro social obligatorio (siguiendo el ejemplo de países como Alemania, Japón, o Corea), en donde las personas por encima de determinado nivel de ingresos contribuyen de forma ex-ante al sistema, para asegurarse el acceso a los servicios cuando lo necesiten. Las personas que no tienen recursos seguirían siendo financiadas por el sector público.

- (iii) El uso de copagos de los usuarios también es una opción para aliviar la carga en el sector público, y es una opción utilizada en países como España o Francia. En el caso de Uruguay, este es el esquema actual para el financiamiento del servicio de Asistentes Personales y de Teleasistencia, pero en la práctica, hasta el momento, la participación de las familias en el costo ha sido sustancialmente menor al esperado. Si se decide seguir por este camino, es necesario entender cabalmente – e implementar acciones para revertir – las razones detrás del comportamiento de las familias, que las llevan a contratar los servicios por fuera del sistema cuando no reciben el subsidio.

Una alternativa para hacer este mecanismo más atractivo es la posibilidad que la familia sienta que el Estado en todos los casos está brindando su apoyo con un porcentaje, aunque sea mínimo (por ejemplo, 10%) del costo total. Por otro lado, para que los copagos funcionen debe tenerse en cuenta el costo alternativo de mantener la carga de cuidados en el hogar o de resolverla en el mercado informal. Otra opción sería aplicar sistemas similares a los que se identifican en los países nórdicos y en Alemania, donde el copago se aplica 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.

- (iv) En el caso del servicio de cuidado a domicilio, además de ser necesario aumentar la cobertura, hace falta ajustar la extensión horaria del servicio para que se ajuste a las necesidades y realidades de los usuarios, que pueden no ser todas las mismas. Las 80 horas mensuales que se ofrecen en la actualidad a través del programa de Asistentes Personales, equivalen aproximadamente a 4 horas por día de lunes a viernes, lo que – si bien constituye un respiro para el cuidador familiar – no resulta en una solución que les permita compatibilizar las responsabilidades de cuidado con la inserción en el mercado laboral, por ejemplo. Para los casos de dependencias menos graves, una solución para aumentar el tiempo de atención sería combinar el servicio con, por ejemplo, el servicio de centros de día u otras formas de atención comunitaria que permita cubrir más personas.

Por el contrario, habrá personas que –dada su situación de dependencia y los accesos a otras soluciones de cuidados– necesiten solo alguna asistencia puntual (por ejemplo, para bañarse, o para comer). En este caso, sería posible reducir las horas del Asistente Personal, sobre todo si se combina con otros servicios, como el de teleasistencia. Más adelante se discute en más detalle las ventajas de tener un paquete de servicios flexible que permita combinar distintos servicios para adaptarse a las necesidades (y deseos) de los usuarios.

- (v) En el caso de los centros de día, es importante garantizar el traslado desde y hacia todos los centros, ya que se ha constatado que esta es una barrera de demanda importante. 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, lo cual ha aumentado la asistencia. Es importante seguir fortaleciendo este servicio complementario.

- (vi) En el caso de la teleasistencia, también se entiende necesario seguir construyendo la demanda del 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.

En este sentido, se vuelve importante trabajar sobre algunas barreras identificadas 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 atractiva 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.

- (vii) A su vez, es necesario extender el alcance territorial de la oferta, ya que en algunos casos como los Centros de Día aún hay muy pocos todavía 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.
- (viii) En el caso del programa de Facilitador de Autonomías de Ámbitos Educativos, se recomienda seguir avanzando en su cobertura (en la actualidad es muy baja), para lo cual hace falta todavía poder finalizar en la definición de algunos criterios clave, como ser la herramienta de valorización de los niños y los criterios de aceptación. Una vez el piloto avance, se hace necesario también, avanzar en la incorporación de otros tipos de escuelas de forma de poder llegar a la demanda, y abrir canales para la aplicación de los postulantes al programa (en la actualidad los niños beneficiarios se eligieron de una lista de aplicantes al programa de Asistentes Personales).

- (2) En segundo lugar, es necesario seguir trabajando en el **enfoque de atención centrado en la persona (ACP)**, de manera de brindar servicios de calidad que se adapten a las necesidades y deseos de los usuarios. En este sentido, uno de los principales desafíos del sistema es brindar soluciones personalizadas partiendo de un diseño global de servicios pero con una 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 y los servicios a los que la persona pueda postular no se defina en función del grado de dependencia, sino en función de las necesidades de las personas con dependencia.

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.

Otra forma de acercarse mejor a las necesidades de los usuarios y sus referentes de cuidados es mediante la combinación de servicios. Por ejemplo, la asistencia a pesonal 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. En estrecha relación con lo anterior, hace falta diversificar la cartera de servicios (por ejemplo, servicios de comida, apoyo exclusivo con el baño, apoyo para trámites fuera del hogar, etc.). La aplicación del enfoque de atención centrado en la persona podría implicar también brindar servicios de cuidados en otros ámbitos y circunstancias no considerados hasta ahora, como ser el laboral.

Muchos países con sistemas más desarrollados, como Francia o Japón, cuentan con la figura del *gestor de caso*, un profesional que evalúa la situación de la persona dependiente y su familia y, con base en esta información, desarrolla un plan personalizado de cuidados, y deriva al usuario a los diferentes servicios. El gestor de casos es también el responsable de evaluar periódicamente si hace falta hacer cambios al plan de cuidados. En Uruguay, se está incentivado el uso de un plan de personalizado de cuidados por parte de las cooperativas, pero se necesita seguir avanzando por este camino.

- (3) En tercer lugar, se realizan recomendaciones para fortalecer **la calidad de los servicios** (más allá de la aplicación del enfoque ACP mencionado en el punto 2). En este sentido, se plantean las siguientes posibles acciones.
  - (i) Seguir avanzando en la formación de los cuidadores. Los diferentes perfiles de los usuarios en cuanto a edades, niveles y tipos de depedencia, hace necesario contar con una formación continua y especializada. Esto, no solo permite mejorar la calidad de la atención, sino que también permite a los cuidadores pensar en un desarrollo de su carrera y profesionalización que le permita mejores oportunidades laborales.
  - (ii) En el caso del cuidado domiciliario, se requiere avanzar en estrategias de acompañamiento y supervisión del programa. Para esto 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. El desarrollo de un Plan de Atención Personalizado es una herramienta que facilita el seguimiento y la evaluación de la atención, por lo cual un camino posible sería el requerimiento de su aplicación, no solo por parte de las cooperativas, sino también por parte de los asistentes que brindan el servicio en modalidad individual.

Otro mecanismo que está en vías de implementarse, y que permitiría un mejor acompañamiento por parte de la Secretaría a los asistentes personales y sus familias es una plataforma digital de apoyo a los cuidados en domicilio.

- (iii) También con relación al cuidado domiciliario, se considera buena idea seguir avanzando en la modalidad de provisión colectiva. Esta modalidad tiene ventajas, no solo para la provisión del servicio –al reducir la interrupción del servicio ante ausencias del asistente personal contratado – sino que también mejora las condiciones laborales de las asistentes, al brindarles acompañamiento continuo, asesoramiento, y una mayor garantía del cumplimiento de los contratos.
  - (iv) Con respecto a la calidad de los centros de día, se sugiere avanzar en indicadores objetivos de monitoreo de la calidad, además de generar una normativa para que estos servicios se expandan en el mercado privado-social. Para avanzar en esto último es central la definición de competencias de habilitación y supervisión entre las autoridades sociales y sanitarias.
  - (v) Por último, y en términos más generales, es fundamental generar herramientas que permitan evaluar la calidad del servicio brindado. De la experiencia internacional se recoge la importancia de contar con evaluaciones periódicas de los servicios y la publicación de resultados.
- (4) Un cuarto tipo de recomendaciones tiene que ver con las **reglas de acceso al sistema**, en particular, con el diseño y la aplicación del baremo de dependencia. En la actualidad, la valoración de la dependencia se realiza una sola vez, cuando la persona aplica al servicio. En el caso de que ésta acceda al mismo, no hay instancias de revaloración. Una revaloración periódica de la dependencia permitiría, no solo adaptar mejor el servicio a la evolución del usuario sino también, eventualmente, liberar recursos ante situaciones de aumento de la funcionalidad.
- A diez años de su creación, se vuelve necesaria también una revisión y actualización de este baremo, de forma de que sus resultados permitan diseñar planes adaptados, no solo a las características funcionales de los beneficiarios, sino también a su contexto familiar y social. Por último, hay programas que hoy brindan cuidados (como el Programa de Apoyo Parcial o las residencias de larga estadía) que no aplican el baremo de dependencia, y utilizan otros criterios para permitir (o no) la entrada de los beneficiarios. Sería deseable armonizar los criterios, de manera que haya una única herramienta para la medición de la dependencia a nivel nacional.
- (5) Una quinta recomendación tiene que ver con el apoyo que se brinda a los **cuidadores familiares**. Hoy en día, no existen programas para esta población. Los efectos del cuidado no remunerado sobre la salud y la autonomía económica de los cuidadores familiares (por lo general, mujeres) pueden ser devastadores y están bien documentados en la literatura. Para paliar estos efectos se recomiendan programas como la formación, 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.
  - (6) En sexto lugar, el estudio recomienda considerar, para el caso de las personas mayores con dependencia, 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. Debe tenerse en cuenta 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.

- (7) Por último, es necesario **fortalecer los sistemas de información y generación de conocimientos**, de forma de que se pueda tener una visión integral y global del estado de la demanda y la oferta de servicios, y que permita tomar decisiones de forma eficiente y efectiva. En efecto, a partir del análisis de los diferentes programas y servicios, se identificaron los siguientes desafíos generales de gestión de la información y el conocimiento:
- (i) Falta de datos disponibles actualizados (posteriores a la creación del SNIC) para caracterizar a la población con discapacidad en situación de dependencia.
  - (ii) Solapamientos conceptuales entre discapacidad y dependencia.
  - (iii) Ausencia de un sistema integrado de gestión de la información que centralice el registro de las necesidades del usuario y las prestaciones a las que accede.
  - (iv) Articulación entre diferentes sectores y entes para el intercambio de datos relevantes para la implementación del servicio. Por ej. Distribución de estudiantes con discapacidad en centros educativos de gestión pública.
  - (v) Ausencia de una herramienta de relevamiento a nivel nacional que permita caracterizar la demanda. La “Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia” (EDAD)<sup>34</sup> llevada adelante por el Instituto Nacional de Estadística de España es una buena referencia en este sentido.
  - (vi) Ausencia de una herramienta que permita mapear la oferta de cuidados y servicios de apoyo a la dependencia de forma completa e integral. Esta herramienta, además de permitir redirigir a los usuarios a los programas correspondientes, permitiría también identificar espacios de mejoras en la eficiencia de los servicios brindados, evitando duplicaciones de objetivos y funciones. Un ejemplo claro, es el programa de Asistentes Personales y el programa de Apoyo Parcial, que tienen el mismo objetivo (apoyo en el hogar), pero se encuentran bajo distintas rectorías, tienen reglas de entrada distintas, y tienen modalidades distintas.

---

<sup>34</sup>Instituto Nacional de Estadística (INE) (2023). *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situación de Dependencia (EDAD)* 2023. <https://www.ine.es/dynqs/Prensa/es/EDAD2023.htm>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### Trabajos de consultorías en los que se basa este informe

Balsa, A., Zak, D. (2025). Servicios de cuidados para la primera infancia en Uruguay: diagnóstico, desafíos, y recomendaciones para su fortalecimiento; Consultoría técnica del Banco Interamericano de Desarrollo; 2025.

Irazoqui, C., Papadopoulos, M. (2025). Servicios de cuidados para las personas con discapacidad en situación de dependencia en Uruguay: diagnóstico, desafíos, y recomendaciones para su fortalecimiento; Consultoría técnica del Banco Interamericano de Desarrollo; 2025.

Salvador, S. (2025). Servicios de cuidados para las personas mayores en situación de dependencia en Uruguay: diagnóstico, desafíos, y recomendaciones para su fortalecimiento; Consultoría técnica del Banco Interamericano de Desarrollo; 2025

Villalobos, P. (2025). Sostenibilidad financiera del Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay. Consultoría técnica del Banco Interamericano de Desarrollo.

### Otra bibliografía consultada

Alonso, C., Brussevich, M., Dabla-Norris, E., Kinoshita, Y., & Kochhar, K. (2019). Reducing and Redistributing Unpaid Work: Stronger Policies to Support Gender Equality. IMF Working Papers, 19(225).

ANEP y MIDES (2022) *Construyendo un sistema de apoyos para la educación inclusiva*.

Aranco, N., Sorio, R. (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay. Banco Interamericano de Desarrollo IDB-TN-1615. <http://dx.doi.org/10.18235/0001821>

Banco de Previsión Social (2020). Acciones con perspectivas de género en la seguridad social. Actualización 2019. Asesoría General en Seguridad Social, BPS.

Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. Child development, 83-96.

Berlinski, S., Galiani, S., & Manacorda, M. (2008). Giving children a better start: Preschool attendance and school-age profiles. Journal of public Economics. 92(5-6). 1416-1440.

Borraz, F., & Cid, A. (2013). Preschool attendance and school-age profiles: A revision. Children and Youth Services Review. 35(5). 816-825.

Bloomfield, J. (2024). The Effect of Maternal Education on Infant Health: Evidence from an Expansion of Preschool Facilities. Working Paper. Universidad de Montevideo.

Cabella, W., Soto, M. F., Pardo, I., & Pedetti, G. (2024). The big decline. Demographic Research. 50. 443-456.

CIEDUR (2025). Programa de Asistentes Personales en Uruguay: ¿una apuesta a la igualdad? Informe final de consultoría.

- Chopra, D., & Sweetman, C. (2014). Introduction to gender, development and care. *Gender & Development*, 22(3), 409–421. <https://doi.org/10.1080/13552074.2014.975486>
- DINTAD (2021). Informe de Evaluación del Servicios de Asistentes Personales. DINTAD, MIDES.
- DINTAD (2023). *Documento de diseño del programa Apoyo Parcial*. Ministerio de Desarrollo Social.
- DINEM (2020). Informe de la evaluación cualitativa del programa Asistentes Personales. Documento de trabajo N°65. División de Evaluación (DINEM), MIDES.
- ENDIS (2018) Primeros resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición. Desarrollo Infantil y Salud cohorte 2018.
- Equipos Consultores (2022). Motivos de No Asistencia a CAIF. Reporte Final.
- Espino, A., Salvador, S. (2015). “Las claves para el empoderamiento económico de las mujeres en Uruguay”. IDRC – CIEDUR.
- Fabiani, B., Stampini, M., Aranco, N., Benedetti, F., Ibararán, P. (2024). Cuidadoras de personas mayores: sobrecargadas y mal pagadas. Evidencia de una encuesta del Banco Interamericano de Desarrollo. IDB-MG-2010. <http://dx.doi.org/10.18235/0013053>
- Ferre, Z., Triunfo, P., & Antón, J. I. (2023). Subdermal contraceptive implants and repeat teenage motherhood: Evidence from a major maternity hospital-based program in Uruguay. *Health Economics*. 32(12). 2679-2693.
- INEEd (2024). *Sistematización y análisis de la información disponible sobre educación en primera infancia en Uruguay*. Recuperado de <https://www.ineed.edu.uy/images/publicaciones/informes/Sistematizacion-analisis-informacion-disponible-educacion-primer-infancia-Uruguay.pdf>
- Lado, A., Lasarga, E., Gesto, E., 2021. Evaluación: Efectos de la asistencia a CAIF en la promoción escolar. División de Análisis y Evaluación Económica y Social. OPP. D.T No 21-07. [https://www.opp.gub.uy/sites/default/files/documentos/2023-12/Resumen%20Ejecutivo\\_Evaluaci%C3%B3n\\_CAIF\\_211223\\_0.pdf](https://www.opp.gub.uy/sites/default/files/documentos/2023-12/Resumen%20Ejecutivo_Evaluaci%C3%B3n_CAIF_211223_0.pdf)
- Oficina de Planeamiento y Presupuesto Uruguay (2020) “Servicios del Ministerio de Desarrollo Social para la atención a personas en situación de dependencia”
- Organización Internacional del Trabajo (2018). Care work and care jobs for the future of decent work. ILO, Geneva. ISBN: 978-92-2-131643-5
- Organización de las Naciones Unidas (2023). Abatir la pobreza en Uruguay al 2030 Compromiso ético y condición para el desarrollo. Naciones Unidas Uruguay.
- Pereira, J., Paseyro, J. 2023. Planning Better: Unplanned Pregnancies. Parental Investment, and Newborn Outcomes. Unpublished Manuscript.

- Pianta, R. C., Barnett, W. S., Burchinal, M., & Thornburg, K. R. (2009). The effects of preschool education: What we know, how public policy is or is not aligned with the evidence base, and what we need to know. *Psychological science in the public interest*, 10(2), 49-88.
- Razavi, S. (2007). The Political and Social Economy of Care in a Development Context: Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options.
- Sistema Nacional Integrado de Cuidados (2015). Plan Nacional de Cuidados 2016-2020. Junta Nacional de Cuidados. Disponible en: [https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/2020-01/plan-nacional-de-cuidados-2016-2020\\_0.pdf](https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/2020-01/plan-nacional-de-cuidados-2016-2020_0.pdf)
- Sistema Nacional Integrado de Cuidados (2017). Construcción de baremos para la medición de la dependencia. Sistema de Cuidados. Uruguay. Disponible en <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/publicaciones/construccion-baremos-para-valoracion-dependencia>
- Sistema Nacional Integrado de Cuidados (2015-2024). Memorias anuales
- SNIC, ANEP, MIDES (2023) Presentación del Proyecto Piloto: “Construyendo un sistema de apoyos para la educación inclusiva”. Misión de Administración BID.
- Taraban, L., & Shaw, D. S. (2018). Parenting in context: Revisiting Belsky’s classic process of parenting model in early childhood. *Developmental Review*, 48, 55-81.